انتشارات دانشگاه تهران
۹۱

بیماریهای میزراه

جلد اول

نگارش:

دکتر حسین گلگلاب

رئیس درمانگاه میزراه بیمارستان سینا

تهران
۱۳۲۹



انتشارات دانشگاه تهران
۹۱

بیماریهای میزراه

جلد اول

نگارش :

دکتر حسین گلشی

رئیس درمانگاه میزراه بیمارستان سینا

تهران
۱۳۲۹
چاپخانه دانشگاه

بها: ۹۰ ریال

قبل از بیان هرمطلب برخود فرض و واجب میدانم که از ابراز محبت و حسن ظنی که **جناب آقای دکتر سعید مالک** (لقمان الملک) استاد محترم کرسی بیماریهای میزراه نسبت باینجانب نموده ودر نوشتن این کتاب تشویقم فرموده‌اند صمیمانه تشکر نمایم، همچنین از دانشمندان دیگر مخصوصاً استاد معظم **پرفسور ماریون** که کتب و مقالاتشان در تدوین این مجموعه مورد استفاده و تصاویر زیبای کتابشان زینت بخش نوشتجات اینجانب بوده‌اند پس از اظهار تشکر پوزش بخواهم .

دکتر حسین گلزی

بنام ایزد دانا

مقدمه

منظور از بیان این مقدمه ذکر نکات چندی است که خوانندگان محترم را بروش انتخاب مطالب، طریقه تدوین، وسبك نگارش این مجموعه آشنا نموده وقبل از مطالعه کتاب اطلاعات جامعی از مندرجات آن در دسترشان بگذارد.

گو اینکه بیماریهای میزراه رشته تخصصی و مهمی را تشکیل میدهند که اطلاعات مربوطه بآن باید بحد امکان کامل باشند اما با وجود این باید متوجه بود که منظور از نوشتن این کتاب جمع آوری و تدوین مطالبی است که دانشجویان پزشکی ملزم بفرا گرفتن آنها بوده وپزشکان غیرمتخصص نیز بدانستنشان نیازمندند.

انتخاب مطالب — آن رشته از مطالبی که در این مختصر ملاحظه میگردد گذشته ازدانستنی‌های عمومی ومقدماتی بیماریهائی ازدستگاه ادراری هستند که نسبتاً فراوانند، شرح اعمال جراحی کوچك ومتعددی هستند که ممکن است مورد احتیاج یك پزشک غیرمتخصص نیز واقع شوند، روش انجام کارهای دستی ساده‌ای هستند که بدون شك یك پزشک عمومی یا یك کارورز بیمارستانی نیز باآن روبرو میگردد، بالاخره اطلاعات تازه و ابسرواسیونهای مهمی هستند که بی‌خبری از آنها شایسته شأن یك پزشک عمومی ویایك کارورز بیمارستانی‌هم نیست.

طریقه تدوین - برای آنکه استفاده از مطالب انتخابی آسان و اطلاع از نکات درمانی،یاروش‌جراحی ویانظریات جدیدمربوط بهریك‌ازآنهانیزضمن مطالعه همان قسمت میسرباشد کتاب مزبور در دوجلد و بدین طریقه تدوین شده است:

جلد اول شامل پنج فصل مختلف ومحتوی اطلاعات مقدماتی و بیماریهای

آلت ، پیشابراه وغده وزی (پرستات) است . جلد دوم هم شامل سه فصل ومحتوی بیماریهای مثانه ، حالب ، لگنچه و گرده میباشد .

گذشته از فصول اول و دوم که بدانستنی های مقدماتی (اسبابهای اورولوژی و طریقه گند زدائی) و علامت شناسی تخصیص داده شده هریك از فصول دیگـر دانستنی های مربوط بیکی از اعضاء دستگاه ادراری را در بخش های مختلف کالبد شناسی ، معرفت الاعضاء (در بارهٔ مثانه و گرده) ، روش آزمایش ، بیماریها و بالاخره کارهای عملی مربوط بآن شامل میگردد .

بالاخره درپایان هریك ازفصول، یابخش ها و یا هریك از بیماریهای مندرج در بخش وابسته نیز آخرین اطلاعات مربوطه بآن بخش یاآن بیماری بطور مختصر و بقدرلازم تذکرداده شده است .

روش نگارش - راجع بسبك نگارش اظهار نظر نمیتوانم کـرد اما درباره لغات فرهنگی باید متذکر گردم که در تهیه این مختصر تاآنجا که میسر بوده است سعی شده که لغاتی فارسی مصطلح بکار برده و درموارد نیاز یا برای جلوگیری از تکرار یك کلمه هم ازآن لغاتی استفاده گردد که بنظر آشنا ومأنوسند و برای فهمشان هم مزاحمتی فراهم نمی نمایند .

اصطلاحات کتب مورد استفاده در تدوین آن بفارسی ترجمه شده اند اما در مواردیکه عبارت ویا جمله قابل فهمی برای ترجمه آنها بخاطر نرسیده عین همان عبارت ویاجمله بفارسی و درمتن کتاب تذکر داده شده است .

در هرحال کتاب مزبور و با مشخصات مذکور که با یك صد تصویر رنگی و غیررنگی زینت شده است بهپیشگاه مشتاقان علم ومعرفت تقدیم و باطیب خاطر بجامعه پزشکی عرضه میگردد ، امید است که طبق دلخواه وآرزویم بتواند مورد پسند خوانندگان محترم واقع شده و از این راه موجب مسرت و خوشوقتی اینجانب گردد .

کتب مورد استفاده

Bibliographie

منابعی که برای تألیف مجموعه بیماریهای دستگاه ادراری مورد استفاده واقع شده‌اند آخرین چاپ کتابها و مجلات زیرمیباشند :

1– Traité d'urologie médicale et chirurgicale	*Legueu*
2– Traité d'urologie	*G.Marion*
3– « d'anatomie humaine	*Rouvière*
4– Precis d'urologie médicale et chirurgicale	*Legueu et Papin*
5– « d'anatomie de dissection	*Rouvière*
6– « de physiologie humaine	*Hédone*
7– « de pathologie chirurgicale	*Des neuf Agrégés*
8– Les journaux d'urologies publiés en	*1946*
9– « « « « «	*1947*
10– « « « « «	*1948*

فهرست مندرجات

غلطنامه

خواهشمند است قبل ازمطالعه اغلاط زیررا تصحیح نمائید

صفحه	سطر	غلط	صحیح
۷	۱۷	فصل دوم	فصل سوم
۳۴۷	نمره۱ پاورقی	P	G
۳۵۶	نمره ۲ پاورقی	Endegèmes	Endogènes

فهرست مندرجات

جلد اول

فصل اول ـ دانستنی های مقدماتی

بخش اول ـ اسبابهای اورولوژی

صفحه

صفحه

فصل دوم ـ دانستنیهای مربوط به آلت

بخش اول ـ کالبد شناسی آلت

بخش دوم ـ بیماریهای آلت

صفحه

بخش دوم - آزمایش پیشابراه

بخش سوم - بیماریهای پیشابراه

صفحه

صفحه

صفحه

صفحه

فصل چهارم - دانستنیهای مربوط به غده وزی

بخش اول - کالبدشناسی غده وزی

بخش دوم - آزمایش غده وزی

صفحه

پایان جلد اول

فصل اول

دانستنیهای مقدماتی

بخش اول

اسبابهائیکه در آزمایشهای بالینی دستگاه ادراری و درمانهای درمانگاهی بکار برده میشوند (۱)

مهمترین اسبابهائیکه در آزمایشهای دستگاه ادراری مورد احتیاج روزانه متخصصین وحتی پزشکان غیرمتخصص نیز میباشند عبارتند از تخت معاینه ، اسبابهای صمغی ولاستیکی ، اسبابهای فلزی و بالاخره اسبابهای برقی .

اول ـ تخت معاینه

تخت معاینه ممکن‌است خیلی ساده و یا بنحوی باشد که با تغییرات قسمتهای مختلفش بتوان بیمار را بوضعیت های مختلف درآورد .

ساده‌ترین نوع تخت معاینه تخت چوبی پایه بلندی است که طولش درحدود دومتر ، عرضش درحدود ۶۰ سانتیمتر و ارتفاعش‌درحدود ۹۰ سانتی‌متر است . در یکطرف این تخت یعنی آنجا که مجاور با نشمین است قسمتی از سطح چوبی را بشکل دایره یا بیضی برداشته و بجای آن لگنی ازآهن سفید گذارده‌اند . ته این لگن هم سوراخی دارد که بوسیله لوله لاستیکی بلندی بسطلی که در زیر تخت واقع شده مربوط میگردد.

اما در نوع دوم یعنی تخت‌های کامل که عموماً فلـزی هستند رویه تخت از سه قسمت متمایز تشکیل‌شده‌است . قسمت وسطی رویه تخت که متکی برپایه‌هاست

---

1 – Arsenal de L' exploration clinique en urologie

ثـابت و تکیه گاه لگن خاصره میباشد . قسمت دوم آن که تکیه گاه بدن مریض است متحرك بوده و بوسیله آن میتوان بیمار را بوضعیت‌های مختلفی از نشسته تا خوابیده درآورد . قسمت سوم یا بخش پائینی رویه تخت هم که محل قرار گرفتن پاهای بیمار است میتواند بکلی از بقیه تخت جدا شده و یا بقسمت ثابت آن بطور عمودی آویزان گردد. بالاخره اگر رکابهای قابل وصل بقسمت ثابت تخت نیز موجود بوده و بآن متصل شوند ممکن است پـاهای بیمار را بنحوی در روی آن‌ها قرار داد که انجام آزمایش های زنـانگی (۱) و یا معاینات داخل پیشابراه و مثانه (۲) نیز ممکن و میسر گردد .

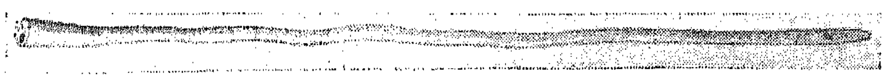
دوم ـ اسبابهای صمغی و لاستیکی

اسبابهای صمغی ولاستیکی یا میل‌های توخالی (۳) یا میلهای توپر (٤) و یا میلهای قطره چکان (٥) میباشند .

۱ ـ میل‌های توخالی (۳) ـ میلهای توخالی استوانه‌های مجوفی هستند که دو جنس مختلف لاستیك (کائوچو) و یا صمغ ممکن است ساخته شده باشند . طول هـریك از این میلها در حـدود ۲٥ تا ۳۰ سانتی‌متر ، نوکشان بـاشکال مختلف و انتـهایشان بنـام پـاویـون (٦) معـروف است (نمـره میل را روی پـاویون آن مینویسند) .

الف ـ میل‌های لاستیکی ـ مهمترین این میلها عبارتند از میل نلاتون ، میل دوپزر ، میل مالکو و بالاخره میل پوسون و ماریون که اگر شکننده شده و یـا کش میآیند نباید بکار برده شوند .

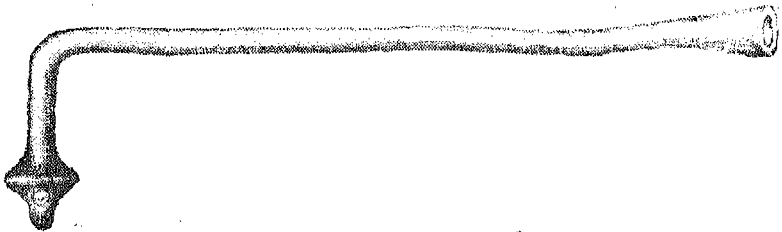
میل نلاتون (۷) ـ میل نلاتون نرم است و قرمزرنـگ ، نوکش مخروطی و یا گرد و نزدیك بهمین انتها هم‌سوراخی دارد (۸) که فضای داخلی میل را با محیط خارج مربوط میسازد . (شکل ۱)



شکل ۱ ــ سوند لاستیکی نلاتون

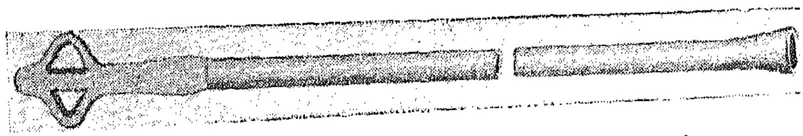
1 – Gynécologique 2 – Uretroscopie et cystoscopie
3 – Les sondes 4 – Les bougies 5 – Instillateurs
6 – Pavillon 7 – Sonde de Nélaton 8 – Oeil

میل‌های دوپزر (۱) – میلهای دوپزر که ازلاستیک نرم وقرمز ساخته شده‌اند یا نوکشان در امتداد ساقه بوده (میلهای راست) و یا با آن زاویه قائمه‌ای را میسازند (شکل ۲) . انتهای همگی این نوک‌ها هم پهن و دارای دو یا ٤ سوراخ جانبی میباشد .



شکل ۲ – سوند دوپزر خمیده

میلهای مالکو ، پوسون ولبرتون (۲) - جنس میلهای مالکو و پوسون از لاستیك خالص وشکلشان نظیر میل لبرتون است ، اما میل لبرتون نوکش ازلاستیك خالص و ساقه‌اش صمغی است (شکل ۳) .



شکل ۳ – سوند لبرتون که نوکش از لاستیك و ساقه‌اش صمغی است

میل ماریون (۳)- جنس میل ماریون نیز ازلاستیك خالص بوده ونوکش با ساقه آن زاویه قائمه‌ای نظیر میل دوپزر میسازد . لوله لاستیکی و نازك دیگر آنهم که در مجاورت نوك با یکدیگر چسبندگی دارند زاویه نامبرده را همراه با میل اصلی طی کرده و درچند سانتی‌متری ساقه به پاویون کوچکی ختم‌میگردد (شکل ٤) .

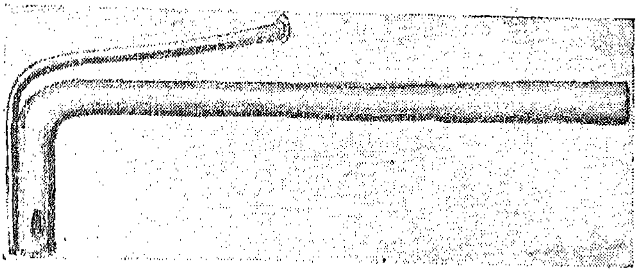
این دسته از میل‌ها در نزد بیمارانیکه عمل غده وزی شده و میل متمکن در مثانه باید داشته باشند مورد استعمال پیدا میکنند .

ب - میلهای صمغی - مهمترین این میلها عبارتند از :

---

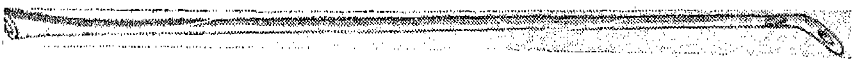
1 - S. de De Pezzer 2 - S. de Malécot, de Pousson et de Lebréton 3 - Sonde de Marion

میلهای راست (۱) ـ شکل این میلها شبیه بمیل نلاتون و مورد استعمالشان محدود بوده و کمترهم مورد احتیاج واقع میشوند.



شکل ٤ ـ سوند لاستیکی ماریون

میلهای نوك‌خمیده یا میلهای بکی(۲) ـ این‌دسته‌از میلها که مورداستعمالشان زیاد است نوکشان در امتداد ساقه واقع نشده و با آن تشکیل زاویه‌ای را میدهند که ممکن است از ۲۵ تا ٤۰ درجه تغییر نماید (شکل٥). نوك خمیده این میلها بنام بکی معروف و همگی دارای دو سوراخ انتهائی میباشند که یکی از آنها



شکل ٥ ـ سوند صمغی نوك خمیده یا سوند بکی

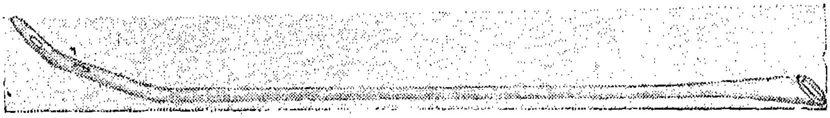
روی ساقه میل و نزدیك به بکی و دیگری روی خود بکی که طولش از ۱۰ تا ۱۲ میلیمتر تغییر میکند قرار دارد.

روی پاویون این میلها برآمدگی کوچکی وجود دارد که جهت بکی را نشان میدهد. در میلهائی هم که این برآمدگی مشاهده نمیشود انتهای نامبرده‌را مورب و بنحوی بریده‌اند که بدنه کوتاه‌آن موافق با جهت بکی خواهد بود.

میلهای صمغی با خمیدگی مضاعف (۳) ـ این دسته از میلها نیز که مانند میلهای نوك خمیده بتوسط مرسیه (٤) اختراع شده‌اند مشخصاتشان بعینه مثل‌آنها و تنها اختلافشان با یکدیگر درآنست که در نوع اخیر چند سانتی‌متر بالاتر از

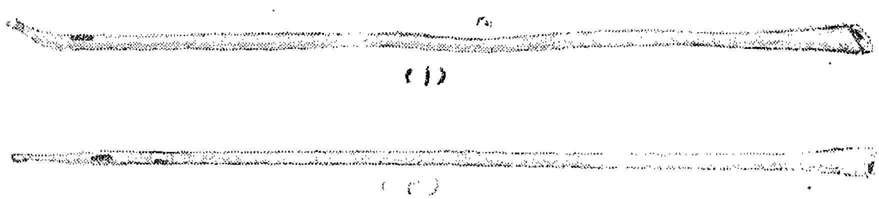
1 – Sondes droites 2 - S. à bequille 3 - S. à double bequille 4 - Mercier

خمیدگی انتهائی خمیدگی دیگری نیز وجود دارد (شکل ٦) .



شکل ٦ ـ سند صمغی با خمیدگی مضاعف یابی کوده

میلهای مخروطی (۱) ـ این دسته از میل های صمغی نوکشان تیز و یا زیتونی شکل است . استعمال میل‌های نوک تیز بعلت احتمال وقوع مجرای کاذب متروك شده و میل‌های نوك زیتونی هم یا راست و یا خمیده میباشند . شکل راست این میل‌ها (نمره ۲ شکل ۷) نزد مبتلایان به تنگی پیشابراه و شکل خمیده آن‌ها (نمره ۱ شکل ۷) که توسط پاستو (۲) تعبیه شده و بمیل‌های بکی شباهت دارد نزد مبتلایان به تنگی پیشابراه و آدنوم غده وزی مورد استفاده میباشد .



شکل ۷ ـ سند مخروطی نوك زیتونی راست وخمیده

میلهای نوك بریده (۳) ـ این دسته از میلها که تنها روی راهنمای فلزی(٤) میتوانند وارد مجرا گردند اختلافشان با میلهای بکی در آنست که نوکشان بریده شده و دارای دوسوراخ طرفی میباشند .

میل های صمغی با انحنای بنیکه (٥) ـ شکل و ساختمان این میلها بعینه مثل میلهای بکی بوده اما خمیدگی نوکشان با انحناء بنیکه فلزی مطابقت

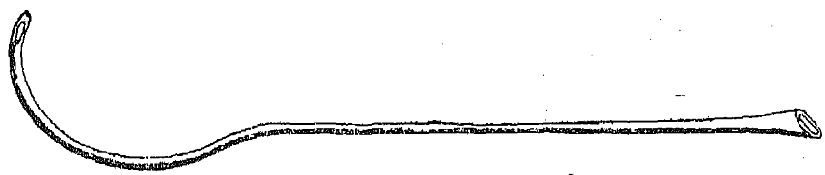
---

1 – Sondes côniques 2 – Pasteau

3 – S. à bout coupés 4 – Conducteur droite

5 – S. béquille à courbure de Béniqué

مینماید (شکل ۸) .



شکل ۸ ــ سند صمغی با انحنای بنیکه

میلهای میزنائی (۱) ــ سوندهای میزنائی قطرشان خیلی کم ، طولشان در حدود ۷۵ سانتی‌متر ، نوکشان زیتونی یا مخروطی و جنسشان صمغ خالص یا مخلوط با ماده‌ایست که نسبت بـاشعه ایکس حاجب میباشد (شکل ۹) .



شکل ۹ ــ سند صمغی لوله حـالب

۴ ــ میل‌های توپر (۲) ــ این دسته از میل‌ها استوانه هائی هستند صمغی و توپر که قسمت محیطیشان از یك طبقه ابریشم آلوده بصمغ وقسمت مرکزیشان از صمغ خالص و یا صمغ مخلوط با دانه‌های ریز ساچمه تشکیل شده است .

میل‌هـای مـزبور بـرحسب مـورد استعمالشان به سه دسته مختلف تقسیم میشوند :

دسته اول میلهائیکه برای تفتیش مجرا بکارمیروند :

دسته دوم آنهائیکه برای اتساع دادن مجرا بکار برده میشوند .

دسته سوم میلهای نخی شکل هستند کـه هم برای تفتیش و هم برای اتساع دادن مجرا ممکن است مورد استعمال پیدا کنند .

الف ـ میلهای مفتش (۳) ــ این میلهای استوانه‌ای صمغی که ممکن است از جنس بالن (٤) هـم بوده و خاصیت ارتجاعی (٥) داشته باشند نـوکشان به گلوله

---

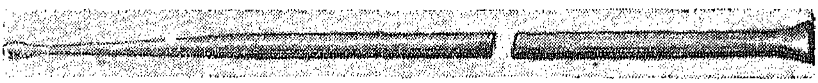
1 – S. utetèrales   2 – Les Bougies   3 . B. exploratrices
4 – Balene   5 – Fléxible

زیتونی یا مخروطی شکلی ختم میشود که بر حسب شکل آن به اسم میل‌های مفتش نوك زیتونی و یا میل‌های مفتش نوك مخروطی (۱) نامیده می‌شوند (شکل ۱۰) .



شکل ۱۰ ــ میل مفتش پیشابراه

ب ــ میلهای اتساع دهنده پیشابراه (۲) ــ این دسته از میلهای صمغی نیز دارای بدنه‌ای استوانه‌ای شکلند که از چند سانتی‌متری نوك مرتباً باریك شده و بالاخره بیك زیتون انتهائی که اندازه محیطش یك پنجم تایك دهم محیط بدنه‌میل است ختم میگردند (شکل ۱۱) .



شکل ۱۱ ــ میل اتساع دهنده پیشابراه

ج ــ میلهای نخی‌شکل (۳) ــ قسمت مرکزی بدنه این میلها از صمغ خالص بوده و نوکشان باشکال مختلف راست ، مارپیچی (٤) ؛ خمیده ، سرنیزه‌ای وغیره ساخته شده است . انتهای خلفی آنها هم بیك برآمدگی مختصر ختم میشود و یا دارای پیچ فلزی نر یا ماده‌ای است که‌میتواند به بنیکه یا بوژی‌های ضخیمتری که نوکشان پیچ ماده ویا نری داشته باشد پیچ گردد (دسته اخیر این میلها را میلهای نخی‌شکل مسلح(٥)مینامند) . (شکل ۱۳) .

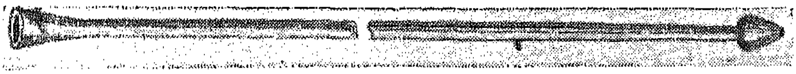
---

1 – Bougies à boule olivaire ou cônique

2 – B. dilatatrices 3 – B. filiformes

4 – Tortillée 5 – Filiformes armées

۳ - میل‌های قطره چکان (۱) - شکل ظاهری میلهای قطره چکان بعینه مثل بوژیهای مفتش مجرا بوده و برخلاف آنها درونشان مجوف میباشد. مجرای داخلی آنها باریك و گذشته از مدخلی که درانتهای خلفی یعنی پاویون بوژی دارد از نوك زیتون انتهائی و یا نقاط دیگر آن نیز با محیط خارج مربوط میگردد (شکل ۱۲).



شکل ۱۲ - میل قطره‌چکان گویون (۲)

اندازه گیری میل‌های صمغی و لاستیکی - واحداندازه گیری میلهای صمغی و لاستیکی یك سوم میلیمتر و اسبابی که برای اندازه گرفتن قطرشان بکار برده میشود موسوم‌است‌به حدیده(۳). معروفترین‌حدیده‌هاهم حدیده‌شاری‌یر (٤) است که صفحه‌ایست فلزی، مسطح و دارای سوراخ‌های متعدد (کوچکترین سوراخ این حدیده یعنی سوراخ نمره ۱ یك سوم میلی‌متر و بزرگترین آن یعنی سوراخ نمره ۳۰ یك سانتیمتر قطر دارد و اختلاف قطر هر یك از سوراخهای آن هم با سوراخ مجاورش یك سوم میلیمتر میباشد).

با این‌وصف یك میل نمره ۱۲ میلی را باید گفت که تمام طولش باستثنای پاویون بتواند بدون اصطکاك زیادی از سوراخ نمره ۱۲ حدیده که چهار میلیمتر قطر آنست عبور نماید. همینطور یك میل صمغی نمره ٢٤ میلی است که از سوراخ هشت میلی‌متری و یك میل نمره ۱۸ میلی است که از سوراخ ٦ میلیمتری عبور نماید.

تبصره - میلهای صمغی لوله حالب با حدیده دیگری اندازه گیری میشوند که واحد اندازه گیرش یك ششم میلی‌متر بوده وموسوم است به حدیده پاستو(٥)

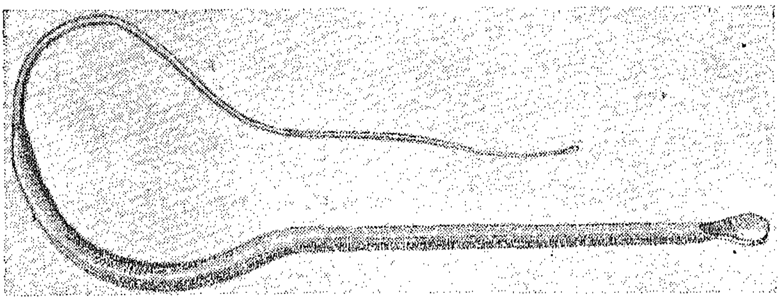
1 - Instillateurs 2 - Guyon 3 - Filière
4 - Filière de Charrière 5 - Filière de Pasteau

۴) - بالاخره از اسبابهای لاستیکی چیز دیگری که قابل ذکر می باشد دستکش و انگشتی است که این آخری یا یك انگشتی و یادو سه انگشتی و همراه با پروتکتور خواهد بود (۱)

سوم - اسبابهای فلزی

مهمترین این اسبابها عبارتند از بنیکه‌ها یامیل‌های فلزی توپر ، مفتش فلزی، اسبابهای اتساع دهنده ، ماندرن یا مفتول فلزی ، انبرك اجسام خارجی مجرا ، اسپکولوم مجرای ادرار ، اسباب گشاد کننده یا برنده سماخ، اسباب اندازه گیر سماخ وسوندهای فلزی که امروزه تقریباً متروك شده و مورد استعمالی ندارند(سوندفلزی مستعمله در نزد زنان را هم امروزه باشیشه درست میکنند).

۱) - **میلهای فلزی توپر یا بنیکه‌ها** (۲) - این دسته از میل‌های فلزی که بنام مخترعشان بنیکه فرانسوی نامیده میشوند میلهائی هستند سنگین و استوانه ای که از آلیاژ سختی درست شده و رویشان هم آب نیکل داده شده است . یك سوم طول یا قسمت ابتدائی هریك ازاین میلها انحنائی دارد که از نوك اسباب شروع شده و تا کمی بیشتر از ربع محیط دایره ای که بشعاع ٤٦ میلیمتر باشد ادامه پیدا میکند اما دوسوم دیگر طولشان کاملا راست بوده و بدسته میل یا پاویون آن ختم میگردد (شکل ۱۳). بالاخره نوك هریك ازاین میلهاهم دارای سوراخی است که در امتداد محور اسباب واقع و جایگاه قسمت فلزی میلهای نخی شکل مسلح میباشد.



شکل ۱۳ - بنیکه مسلح به یك میل نخی شکل

اقسام بنیکه - مهمترین نوع بنیکه ها یکی بنیکه مستقیم است که فاقد

1 - Doigtier à protecteur de Legueu 2 - Beniqués

قسمت خمیده بوده وخود دارای دو نوع مختلف میباشد : نوع اول بنیکه ایست که برای اتساع دادن مجرای قدامی مردان (بنیکه گـویون) و نـوع دوم بنیکه ایست که برای اتساع دادن مجرای پیشاب زنان بکار برده میشود (بنیکه پاستو). تنها اختلاف این دو دسته هم با یکدیگر در آنست که دومی ها کوتاهتر از اولیها میباشند .

دیگری بنیکه قهقرائی است(۱) که گویون آنرا ساخته و طول بخش منحنی آنرا نصف محیط دایره ای که بشعاع ٤٦ میلیمتر باشد انتخاب نموده است . در قسمت محدب قوس مزبور یك شیار طولی موجود و راه ورود اسبابهم در پیشابراه از راه مجرای خلفی یعنی پس از باز کردن مثانه خواهد بود .

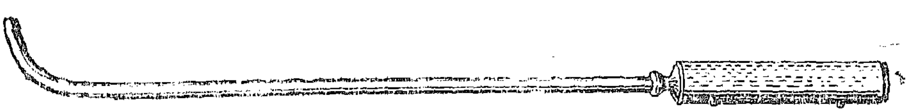
سومی بنیکه برنده است (۲) که آنرا نیز گویون تعبیه نموده و در عین حال هم میبرد و هم گشاد میکند .

بالاخره چهارمی بنیکه مخصوصی است که برای یونیزاسیون(۳) مورد استفاده بوده و جنس آن هم از نقره و یا فلز دیگری است که میخواهند یونیزه نمایند .

واحد اندازه گیری این دسته از میلها یك ششم میلیمتر ، کوچك ترین میلی که از آنها درست شده به نمره ٢٤ و بزرگترین آنها بنمره (٦٠) مدرج میباشد (با بوژیهای صمغی نمره ۱۲ و ۳۰ مطابقت مینمایند)

تبصره ــ از سال ۱۹۲۳ در کنگره امراض مجاری ادرار در پاریس چنین مقرر شده است که عموم میلها را اعم از لاستیکی، صمغی و یا فلزی با واحد اندازه گیری یك ششم میلیمتر اندازه بگیرند .

۲) ـ مفتش فلزی (٤)ـ این اسباب فلزی که برای تفتیش مثانه بکار برده میشود بوسیله مرسیه(٥) اختراع و بتوسط گویون کامل شده و دارای قسمتهای مختلف دسته، ساقه ، و نوك هم میباشد (شکل ١٤)



شکل ١٤ ــ میل مفتش فلزی

دسته آن استوانه ایست مجوف که بطول ۸ تا ۱۰ سانتی متر و قطر ۲ تا ٥ر۲

1- Béniqué retrograde de Guyon 2- B. tranchant
3- Ionisation 4- Explorateur metallique 5- Mercier

سانیمتر بوده وصدای حاصله‌از برخورد نوك‌اسباب با اجسام سخت‌را قوی‌ترمیسازد. در روی دسته مزبور نشانه ای هم وجود دارد که خلاف‌جهت نوك میل را نشان خواهد داد .

ساقه آن میله‌ایست استوانه‌ای اما نازك و توپر که طولش تقریباً معادل با طول یك میل صمغی‌میباشد .

بالاخره نوك آن که کاملا صیقلی است بشکل یك بکی در روی ساقه‌اش خمیده شده وضخامت قسمت ابتدائیش هم کمی زیادتر ازضخامت‌ساقه اسباب‌میباشد (برفرض‌اگرقطرساقه میل ٥ میلیمتر باشدقطرنوك‌آن ٦ یا ٧ میلیمتر خواهدبود).

میل مفتش فلزی‌چهار نمره مختلف‌دارد

نمره یك آن برای اطفال وطول نوکش ١٥ میلیمتر است
نمره ٢ برای اشخاص بالغ‌وطول نوکش ٢٠ میلیمتر است
نمره ٣ برای‌تازه‌مبتلایان بعظم پرستات و طول‌نوکش٢٦ میلیمتر است
نمره ٤ هم‌برای‌مبتلایان‌بعظم واضح‌پرستات وطول نوکش ٣٤ میلیمتر میباشد .

٣) - اسبابهای اتساع دهنده مجرای پیشاب (١)- درمواردیکه بخواهند مجرای پیشاب را زیادتر از نمره ٦٠ بنیکه اتساع داده باشند از این قبیل اسبابها استفاده مینمایند .

مهمترین نوع‌اسبابهای‌مزبور میل گشاد کننده کلمن(٢) است که خودسه‌نوع مختلف دارد :

نوع مستقیم آن که‌مشابه بنیکه زنهاست برای گشاد کردن مجرای قدامی پیشاب‌مورد استفاده میباشد . (شکل١٥)

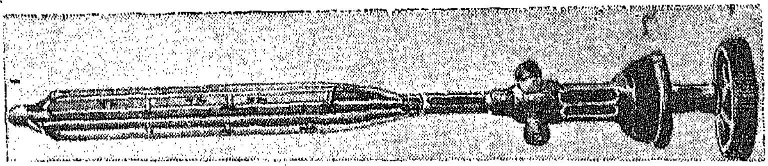
نوع منحنی‌آن(٣) که شبیه بنیکه معمولی‌است برای‌اتساع‌دادن‌مجرای‌خلفی بکار برده میشود

نوع شوینده(٤) آنهم که ساختمانش نظیر قبلی‌هاست دارای دو شیر و دو مجرای اضافی میباشد که برای ورود و خروج مایع شستشو در حین اتساع مجرا

1- Dilatateurs 2-Dilat. de Kollmann 3- Dilat. courbe 4- Dilatateur laveur

مورد استفاده قرار میگیرند.

اماساقه هریك ازمیلهای مزبور ازچهار شاخه یا تیغه طولی تشکیل شده‌است که هر کدام از آنها در دو انتها ثابت بوده ودر سایر نواحی بعلت‌دارا بودن‌مفاصل متعدد متحرك میباشد وبهمین جهت‌هم میتوانند ازمحور اسباب دورشده وقطر آنرا تانمره بنیکه نود برسانند (شکل ۱۵)

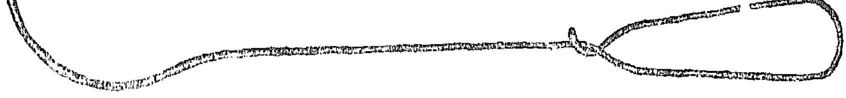


شکل ۱۵ — دیلاتاتور کلمن

حرکات تیغه‌های‌مزبورهم بوسیله پیچی (نمره ۱ شکل ۱۵) تأمین‌میگردد که درروی‌دسته‌اسباب واقع‌شده‌وباچرخاندن آن‌عقربه کوچکی که درمقابل صفحه‌ای بشکل صفحه ساعت (نمره ۲ شکل ۱۵) قرار دارد بحرکت میآید .

بالاخره فاصله عقربه مزبور از مبدأحرکت یعنی‌ساعت ۱۲ و قرار گرفتنش درمقابل درجات موجوده در روی صفحه‌ساعت قطراسبابرا دروضعیت های‌مختلف پیچ نامبرده معین مینماید .

٤ - ماندرن یامفتول‌فلزی(۱) - این‌اسباب نیزمتعلق به گویون ودارای دو شکل مختلف‌میباشد. شکل‌اول‌آن نظیر بنیکه اماساقه‌اش طویلتر بوده ومخروط فلزی کوچکی‌هم مانند حلقه انگشتری درطول‌آن‌حرکت‌مینماید (مخروط‌مزبور میتواند در هر موضعی که بخواهند بوسیله پیچی ثابت بماند) . نوع دوم آنهم از هر حیث شبیه‌به‌اولی‌بوده امااانحنای‌نوکش‌بعینه‌مثل یك بکی بازاویه ٤٥ درجه بر روی‌ساقه مفتول خمیده شده است .



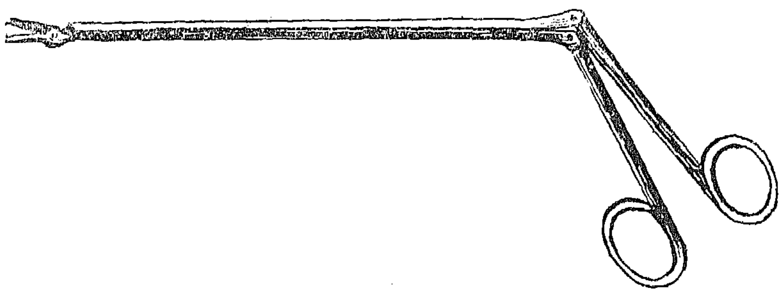
شکل ۱٦ — ماندرن فلزی با انحنای میل بنیکه

1- Mandrin

نوع دیگری از این ماندرن‌ها هم که شکل ساقه و نوکش کاملا مشابه با انواع مذکوره در فوق است بجای مخروط متحرك در روی ساقه دارای دسته‌ای خمیده وقابل قطع و وصل باساقه اصلی میباشد (شکل۱٦)

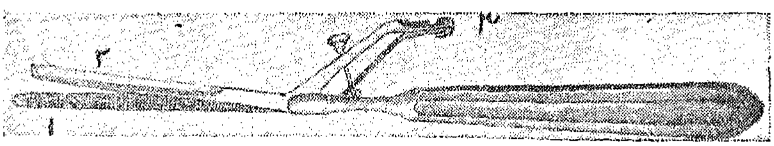
نوك دسته مزبورهم درصورت پیچیدگی بساقه باعث نگهداری میل صمغی ویا لاستیکی پوشیده‌شده بر روی‌ماندرن فوق‌الذکر خواهدشد .

٥)- **انبرك اجسام خارجی‌مجرا(۱)** - این‌اسباب که دارای سه‌قسمت‌مختلف دسته ، ساقه ، و نوك‌میباشد دسته‌اش شبیه بقیچی، نوکش‌شبیه بیك‌پنس هموستاتیك وساقه‌اش تقریباً استوانه‌ای و ازدو تیغه‌منطبق بریکدیگر تشکیل‌میگردد(شکل۱۷)



شکل۱۷- انبرکی که برای درآوردن‌اجسام‌خارجی پیشابراه بکار میرود

٦) - **اسپکولوم‌پیشابراه (۲)**- اسپکولوم مجرای ادرار اسباب کوچك مشکله از دولت(۳) کوچك است که بوسیله پیچی از یکدیگر دور شده و زاویه بین‌آنها ثابت میماند. این اسباب برای آزمایش‌سماخ مجرا وناحیه‌حفره زورقی(٤) بکار برده میشود .

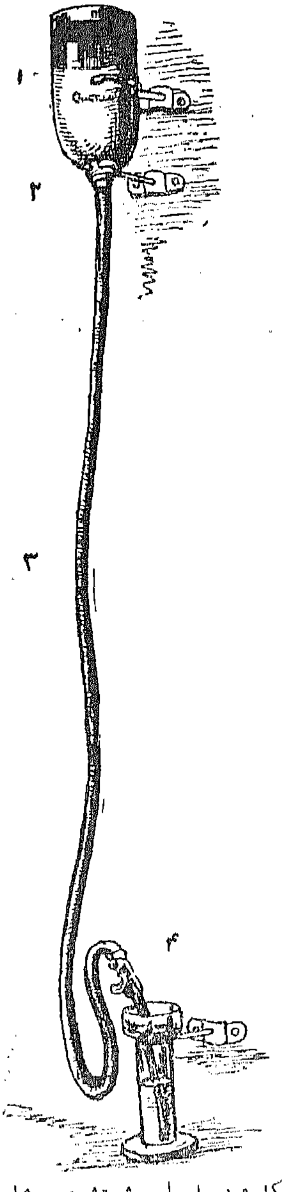


شکل۱۸- اسباب برش سماخ مجرا

۷) - **اسباب‌گشادکننده‌یابرنده سماخ‌مجرا (٥)**- این‌اسباب‌متعلق‌بگویون بوده و ازیك ساقه ثابت (نمره۱۰ شکل ۱۸) و تیغه دیگری (نمره۲۰ شکل۱۸) که

1- Pince à corps étrangers 2- Spéculum uréthral
3- Valve 4- Fosse naviculaire 5- Méatotome

منطبق بر اولی و تقریباً در آن جای گزین است تشکیل میگردد.



شکل۱۹ - اسباب شستشوی پیشابراه
(بك ، لوله و کانول)

شکل عمومی اسباب شبیه بقیچی و تیغه آنهم که لبه آزادش برنده است بوسیله دسته مخصوصی (نمره ۳ شکل ۱۸) متحرك بوده ومیتواند باساقه آن زاویه کم یازیاد حاده‌ای را تشکیل بدهد (امروزه مآتوتومی با این اسباب متروك و گشاد کردن سماخ مجرا با چاقوی الکتریکی (الکترو کوتر) مرسوم میباشد).

۸) - **اندازه گیر سماخ مجرا(۱)** - اندازه گیر سماخ مجـرا اسباب فلـزی مخروطی شکل کوچکی است که قطر هر قسمت از آن برطبق حدیده بنیکه (یك ششم میلیمتر) در امتداد طولش نوشته شده است. با این وصف اگر آنرا از نوك باریکش وارد مجرای پیشاب نمایند از روی اعداد نوشته شده بر سطح آن گشادی سماخ مجرا تعیین میگردد.

چهارم - اسبابهای شستشو (۲)

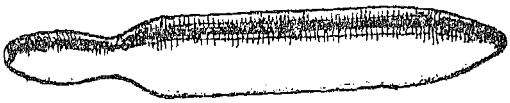
اسبابهای مستعمله برای شستشو عبارتند از مخازن مایع (۳)، کانول‌ها (٤) و سرنك‌ها.

۱) - **مخازن مایع** - این دسته از مخازن که بشکل استوانه کامل و یا نصف طولی استوانه میباشند (نمره ۱ شکل ۱۹) برای شستشوی مجرای پیشاب و مثانه بکار برده میشوند. استوانه‌های مزبور عموماً یك سرشان باز و سر دیگرشان بوسیله لوله کوچکی (نمره ۲ شکل ۱۹) بنام

1 - Méatometre 2 - Appareil pour lavage uretro - vesical
3 - Bocks 4 - Canules

آژوتاژ(۱) بلوله لاستیکی نرمی (نمره۳شکل۱۹) که یکمترو نیم طول آن است مربوط میگردد. جنس این مخازن لعابی ویاشیشه‌ای وظرفیتشان هم یك یا دولیتر است . نوع شیشه ای این اسبابها و بخصوص آنهائیکه وجه را بطشان با لوله لاستیکی در پائین ترین قسمت استوانه (۲) واقع شده باشد مورد استفاده بیشتری خواهد بود (شکل۱۹) زیرا از یك طرف مقدار مایع محتوی در مخزن را مطابق درجات روی بدنه استوانه در هر موقع میتوان اندازه گرفت وازطرف دیگر هم پس از اتمام شستشو مایعی در عمق چنین ظرفی باقی نخواهد ماند

۲)- **کانول ها** - انتهای آزاد لوله لاستیکی مربوط به بوك به اسباب مخروطی شکل کوچکی بنام کانول (نمره٤شکل۱۹) وصل میشود که جنس آن یا ازشیشه و یا از کائوچو میباشد . این کانولها اقسام مختلف دارند اما بهترین نوع آنها



شکل ۲۰ – کانول شیشه ای ژانه

کانول‌های ژانه(۳) هستند که ازشیشه ساخته‌شده و نوکشان هم بخوبی بانوك مجرای پیشاب مطابقت مینماید (شکل۲۰) .

گذشته از کانولهای ژانه کانول‌های دیگری هم ساخته‌شده‌اند که مهمترینشان یکی کانولهای کائوچوکی ساده زنانه و مردانه است (کانولهای زنانه طویلتر و ضخیم‌تر از کانول های مردانه بوده و بجای آنکه تنها یك سوراخ انتهائی داشته باشند سوراخهای متعددی دارند که نزدیك بنوك اسباب میباشند) ودیگری کانول‌های شیشه‌ای مخصوصی که فضای داخلیشان طولا بدو قسمت تقسیم شده و خودشان هم درقسمت خلفی بدو شاخه مختلف تقسیم میگردند (یکی ازاین شاخه‌ها بلوله لاستیکی مخزن مربوط و شاخه دیگر آن هم که آزاد است مایع حاصله ازشستشوی مجرا را بدون دور کردن نوك کانول ازسماخ مجرا درلگن زیرپای بیمار میریزد)

۳)- **سرنك ها** - اقسام مختلفه این سرنگها عبارتند از سرنگهای مثانه ، سرنك‌های پیشابراه ، وسرنگهای قطره‌چکان .

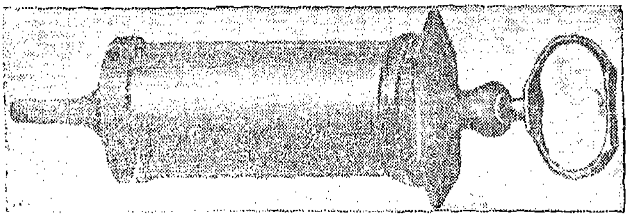
1- Ajoutage 2- Point déclive 3- Canule de Janet

الف- سرنگهای مثانه - مهمترین نوع این سرنگهاسرنگ گویون، سرنگ آلباران (۱) ، سرنك لوگو(۲) و سرنك ژانه است که همگی آنها دارای یك بدنه، یك پیستون و یك ساقه متصل به پیستون بوده وظرفیتشان هم ۱۰۰ ویا ۱۵۰ سانتیمتر مکعب میباشد(ظرفیت سرنگهادر روی ساقه پیستون ویا بدنه آنها درجه بندی میشود).

بدنه سرنك گویون از شیشه ، ساقه‌اش فلزی و پیستونش چرمی است . در انتهای ساقه فلزی یك حلقه بیضوی ودرقسمت خلفی بدنه سرنگ نیز دو حلقه فلزی دیگری یافت میشود که مواضع گرفتن سرنگ باانگشت‌ها میباشند.

سرنگ آلباران نیز شبیه بسرنگ گویون بوده اما دوحلقه فلزی روی بدنه آن ناقص و بشکل هلال درآمده‌اند .

سرنگ لوگو بهترین نوع سرنگهای مثانه‌است زیرا شکلش شبیه بسرنگ گویون‌وپیستونش فلزی بوده‌وطول بدنه‌اش‌هم نسبت بسایرسرنگها کوتاهترمیباشد (با یك دست بهتر میتوان با آن کار کرد) .



شکل ۲۱- سرنك فلزی ژانه برای شستشوی مثانه

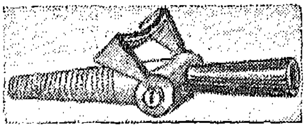
بالاخره سرنك ژانه که بدنه وساقه‌اش فلزی هستند حلقه‌های طرفی روی بدن را ندارد و پیستونش هم از کائوچوك میباشد (شکل۲۱) .

درهرحال بهترین نوع سرنگ‌های مزبور آنهائی هستند که درمجاورت هوا خراب نشوند، بوسیله جوشاندن عقیم شوند، داروهای معمولی درآنها بی اثر باشند و بالاخره با یك دست بخوبی بتوانند مورد استفاده قرار گیرند .

نوك‌ها ویا آمبوهائیکه باین‌دسته از سرنك‌ها وصل میشوند باشکال‌مختلف اماهمگی تقریباًمخروطی‌شکل‌میباشند‌باستثنای آمبوی ژانه که‌نوکش زیتونی است

1- Albarran 2 - Legueu

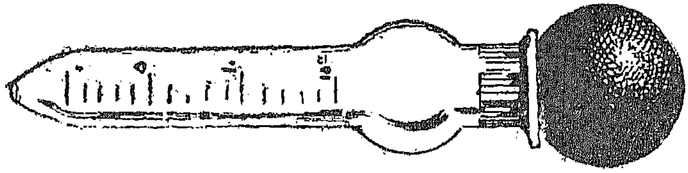
و آمبوی ارز بیشاف(۱) که‌شیری‌هم‌برای‌قطع و وصل‌جریان‌مایع داشته(شکل۲۲) و عموماً در موارد عمل سیتوستومی که مثانه‌را از مایع پرمیکنند بکار برده میشود.



شکل۲۲ــ آمبوی‌فلزی ارز بیشاب

ب ــ سرنگهای پیشابراه ــ این دسته از سرنگها نیز اقسامشان مختلف‌ولی مهمترینشان یکی‌سرنگی‌است شیشه‌ای که پیستونش‌چرمی ، ساقه‌اش‌فلزی ، وحلقه انتهائی بدنه‌اش که ساقه پیستون از آن عبور میکند کائوچوکی‌است .

دیگری سرنگ مخصوصی است باسم سرنگ بونو(۲) که جنس بدنه‌اش از شیشه بوده و بجای پیستون یك‌پوار لاستیکی بانتهای خلفیش وصل میگردد (شکل ۲۳)



شکل ۲۳ ـ سرنك بونو برای تزریق دارو در پیشابراه

ظرفیت سرنگهای‌مزبور ده سانتیمترمکعب و نوکشان هم یك‌شکل و نظیر کانول ژانه میباشد .

ج ــ سرنگهای قطره‌چکان(۳) ـ مهمترین نوع این‌سرنگها که برای‌تقطیر دارو در پیشابراه ویا مثانه بکار برده میشود سرنگ قطره‌چکان گویون است که ظرفیتش ۳تا۱۰ سانتیمترمکعب،بدنه‌اش‌شیشه‌ای ، ساقه اش‌فلزی وپیستونش‌ازچرم یا کائوچو میباشد . حرکت پیستون وساقه سرنگ مزبور بسمت‌نوك با چرخاندن پیچی تأمین میگردد که در انتهای دسته قرار گرفته و با هر دور چرخش آن یك قطره مایع از داخل سرنگ بخارج میریزد . گذشته از پیچ نامبرده پیچ دیگری نیز در روی‌ساقه اسباب وجود دارد(٤) که بوسیله‌آن‌ممکن‌است حرکت‌پیستون‌را

1- Erzbischoff 2- Bonneau 3- Seringues à instillation
4- Curseur

بجلو متوقف کرد .

در صورت فقدان سرنگ‌قطره چکان بخوبی میتوان ازسرنگ‌های شیشه‌ای معمولی که برای تزریق دارو بکار برده میشوند استفاده نمود .

حلقه فشار سماخ مجرا(۱) - این اسباب شبیه بحلقه های مخصوصی است که بوسیلهٔ آنها جریان آب بو کها را قطع و وصل میکنند منتها کار این‌حلقه فشردن مجرا پس از تزریق کوکائین یا داروی دیگری در آنست که بخواهند مانع خروج آن گردند.

پنجم - اسبابهای الکتریکی

جریان های الکتریکی مستعمله در آزمایشها و یا درمان بیماریهای میزراه جریانهای گالوانیك، فارادیك‌و برق‌شهری میباشند. اما اسبابهای‌الکتریکی‌مستعمله دراین‌موارد عبارتنداز اسباب‌الکترولیز(۲)، بنیکه‌ها، بوژی‌هاو بول‌های‌الکتریکی، گالوانو کوتر(۳) ، اسبابهای آندوسکوپی(٤) و بالاخره اسباب هوای گرم.

جریان گالوانیك عموماً برای‌اتساع‌دادن مجرا لازم‌واسبابهای مستعمله‌برای اینکار بنیکه نویمن(٥) ، بوژی‌ها و بولها میباشند که آنهارا بقطب‌منفی وصل‌نموده وقطب مثبت‌را زیر بدن مریض میگذارند.

جریان فارادیك‌را دربی‌اختیاریهای‌ادراری(٦) بکار میبرند واسباب مستعمله درمورد آنها بولهای‌زیتونی‌هستند که پس ازوارد کردنشان درمجرای خلفی‌بقطب منفی متصلشان مینمایند .

بالاخره جریان برق شهری باگذشتن ازیك رئوستا(۷) برای روشن کردن لامپ سیستوسکوپ یااورتروسکوپ وبرافروختن‌تیغه گولوانو کوتر و غیره‌بکار برده میشود. (رجوع شود به اورتروسکوپی وسیستوسکوپی)

1- Compresseur du méat 2- Eléctrolyse 3 - Galvano - cautere 4 - Endoscopie 5 - Newmann 6- Incontinence d'ur- ine 7 - Rhéostat

آخرین اطلاعات

درباره اسبابهای مجرای ادرار

۱) ـ تروکار مخصوص سیستوستومی فوری در نزد مبتلایان باتساع ابدان(۱)

این اسباب ساده که بوسیله یکی از اورولوگهای ویشی بنام اکریون (۲) تعبیه شده تروکار مخصوصی‌است که مانند سایر تروکارها درروی تخت بیمار برای بزل مثانه (پس از درست کردن تکمه بیحسی) بکار برده میشود منتها قطرداخلی لوله‌آن بحدی زیاد است که میتوان یك سوندو‌پزر کوچك‌را ازدرونش بداخل مثانه وارد کرده و آنرا متمکن گذارد .

۲)ـ اسباب مستعمله برای مشروب نمودن مداوم مثانه از پیشابراه(۳) .

این اسباب که اولین مرتبه توسط آسکولی (٤) (میلان) برای درمان یك سیستیت مجر بکار برده شده است ازیك سوندحالب نمره ٥ تا ۷ ویك‌سوندصمغی نوك‌بریده نمره ۲۰ تا ۲۲ برای مردان یا سوند مالکو برای زنان تشکیل میشود.

روش عمل ـ الف ـ در نزد مردان نخست سوند حالب و سپس سوند صمغی نوك‌بریده را روی آن وتا مثانه داخل نموده و دقت میکنند که نوك سوند حالب ۲ تا ۳ سانتیمتر بیشتر ازسوند صمغی وارد مثانه شده باشد .

ب ـ درنزد زنان نخست سوندحالب را درسوند مالکو داخل کرده و سپس آن‌هردو‌را با یکدیگر ومطابق معمول درمثانه متمکن میگذارند.

ج ـ درهردو حالت انتهای بیرونی‌سوندهارا بیکدیگر ثابت کرده و درنزد مردان طبق معمول برای متمکن گذاردن آنها اقدام مینمایند .

د ـ محلولیرا که برای ضدعفونی نمودن یااسید کردن‌محیط مثانه بکار برده‌میشود

1– Trocart 2– Ecrivan 3– Irrigation continue de la vessie par voie urétrale 4– R. Ascoli

از درون سوند حالب وارد مثانه نموده و از درون سوند صمغی یا سوندمالکو بخارج برمیگردانند.

۳)ـ سوندمخصوص شواسو برای درآوردن سنگ میز نای(۱)

سوندمخصوص شواسو که جنس وشکلش نظیر سایر سوندهای حالب میباشد در انتهای درونیش قطعه کوچکی از لامینر(۲) دارد که در اثر جذب رطوبت بر حجمش افزوده خواهد شد.

روش استفاده از سوند شواسو ـ الف ـ اسباب نامبرده را مانند یك سوند معمولی تا مجاورت سنگ حالب پیش برده و همانجا متمکن میگذارند.

ب ـ در اثر این عمل لامینر انتهائی سوند جذب رطوبت نموده ، تدریجاً بر حجمش افزوده شده وقطر درونی مجرا را زیادتر ازاندازه طبیعی مینماید.

ج ـ پس از ٤٨ یا ۷۲ ساعت که سوند مزبور متمکن باقی ماند اگر مقداری روغن ازسوراخ آن درلوله حالب تزریق نموده و آنرادر بیآورند اغلب اتفاق می افتد که سنگ حالب هم خودبخود دفع میگردد.

تبصره ـ سوند شواسو هنگامی باید مورد استفاده قرار گیرد که سنگ حالب بزرگ وخاردار نبوده و بجدارلوله مزبورهم چسبندگی نداشته باشد. بااین وصف بنظر میرسد که سنگهائی که خودرا به بخش لگنی میزنای رسانده باشند با اسباب شواسو شانس درآوردنشان زیاد تر خواهدبود .

۴)ـ اسباب تخلیه کامل مثانه ازراه میل متمکن(۳)

اسباب مزبور که بتوسط لابورتی (٤) اختراع شده است هواکش ساده‌ای است که میتواند هر قطره ادراری که در مثـانه وارد میگردد ازراه سوند مجرا بخارج کشیده ، مثانه‌راکاملا خالی گذارده ، وموجب سرعت جوش‌خوردن سوراخ مثانه پس ازعمل پرستاتکتومی ویا عمل دیگر ازراه این‌عضو گردد.

روش استفاده از اسباب ـ پس از درآوردن تامپون های محفظه پرستات و بندآمدن خونریزی حاصل از آن یعنی از روز چهارم تا ششم بعد ازعمل نخست

1- Sonde boucbon de M. chevassu 2- Laminaire 3- Aspiration continue de la vessie 4- H.Labortit

یك‌سوند نلاتون‌را درمثانه داخل کرده و بادقت کامل آنرا متمکن میگذارند. سپس لوله هوا کش‌را بنوك خارجی سوند متصل کرده وقدرت کشش آنرا بنحوی‌میزان می‌نمایند که باخاصیت جاذبه ملایمی پیشاب‌محتوی مثانه‌را درخود کشیده وقدرتش بنحوی نباشد که مخاط مثانه را نیز بدرون سوند داخل نماید (نشانه کوچکی که درروی لوله هوا کش قراردارد کار کردن مرتب آن و تخلیه مثانه‌را بخوبی نشان خواهدداد).

انجام این نوع تخلیه باعث آن میگردد که سوراخ سیستوستومی درروز پنجم یا ششم یعنی روز ۱۲یا۱۳ بعدازعمل و مطابق مدت لازم برای‌عمل میلن(۱) بسته شود .

بالاخره برای سرعت جوش‌خوردن زخم‌هم دریکی دوروز اول یك‌آمپول استیل کولین ۲۰ سانتی گرمی ویك‌آمپول‌هیستامین‌را دریك‌سرنگ کشیده ودرلبه زخم تزریق مینمایند.

---

1 — Millin

بخش دوم

روش عقیم کردن و داروهای عقیم کننده (۱)

اول - عقیم کردن یا گندزدائی

۱) **عقیم کردن آب** - آب را ممکن است باحرارت اتوکلاو(۲) یا جوشاندن یا بخار ازون(۳) و یا تاباندن اشعه فوق بنفش عاری ازمیکرب کرد.

عقیم نمودن آب با اتوکلاو دراطاقهای عمل قابل اجراست و برای اینکارهم درجه حرارت آبرا برای مدت ۲۰ دقیقه در ۱۲۰ نگاهمیدارند.

سترونی آب بوسیله جوشاندن بهترین و عملی‌ترین طریقه بوده و برای انجام آنهم آب را در مخازن مسی جوشانده و بوسیله لوله های مختلفی بدستشوئی‌ها راهنمائی مینمایند منتهی برای آنکه‌درتمام مواقع لازم آب سرد و گرم درلوله - های دستشوئی موجود باشد یا دومخزن آب تهیه‌میکنند که یکی محتوی آب سرد و دیگری آب گرم باشد و یاآنکه تنها ازیك‌مخزن استفاده نموده ولی زیر یکی از دولوله آن که بدستشوئی‌ها منتهی میگردد دائماً چراغی روشن نگاهمیدارند.

برای عقیم کردن آب بوسیله ازون جریان آب را از مجاورت بوبین - دندوکسیون(٤) که بجریان برق شهری وصل است میگذرانند، و برای استفاده‌از اشعه فوق بنفش نیز جریان آبرا از اطراف لامپ کوارتز(٥) عبور میدهند.

۲) **گندزدائی دستها** - در عموم اعمال جراحی حتی آنهائی هم که خیلی کوچك و بنظر بی‌اهمیت باشند شستشوی دست‌ها باصابون و برس(٦) و بعدباالکل واجب،وپوشیدن‌دستکشهای عقیم‌شده نیز بهنگام عمل لازم‌خواهدبود؛ منتهی اگر

1- Asepsie et antisepsie en urologie 2-Autoclave
3- Ozone 4-Bobine d' induction 5-Lampe de Quartz 6-Brosse

درحین یك جلسه اعمال جراحی متعددی باید انجام پذیرند میتوان پس ازخاتمه عمل اول دستکش هارادر آورده ، دستهارا با آب وصابون وبرس شسته و دستکش عقیم شده دیگری را پوشید .

اما در آزمایشهای معمولی مرسومه و درمانهای کوچك درمانگاهی تنها شستن دست ها با صابون و برس قبل از شروع بکار و درفواصل آزمایش ها کافی خواهد بود .

روش شستن دست برای اعمال جراحی در بخش میز راه بیمارستان سینا - دراین سرویس برای انجام اعمال جراحی نخست مدت ده دقیقه دستها را با آب گرم وصابون وبرس میشویند ، سپس مدت سه دقیقه با الکل و برس و سه دقیقه هم بـا سوبلیمه و برس آنها را تمیز میکنند و بـالاخره هنگام شروع بکار هم بلااستثناء دستکش عقیم شده میپوشند .

اما برای آزمایشهای معمولی و درمانهای کوچك درمانگاهی مطابق آنچه که در بالا تذکر داده شده است رفتار مینمایند.

آخرین روش شستن دست - در بخش های جراحی بیمارستانهای امریکا با استفاده از خاصیت ضدعفونی کننده شدید فیزودرم (۱)(اسپسیپالیته ایست که کارخانه داروسازی وینتروپ (۲) تهیه نموده و جلدراهم تحریك نمی نماید) مدت بیست دقیقه صرف وقت را برای شستن دست بیکی دودقیقه تقلیل داده اند .

دراین بخش ها نخست مدت یکدقیقه دستهارا باخمیر فیزودرم (شباهت کاملی بصابون جوشانده دارد)و برس شسته وسپس درالکل مطلق ویا محلول زفیرول(۳) فرو برده ودستکش های خود رامی پوشند .

۳) حاضر کردن بیمار - برای انجام آزمایشهـای معمـولی و درمان های مرسومه درمانگاهی سماخ مجرا ، پوست ختنه گاه وچین های اطراف آنرا باا کسی سیانوردومرکوریك درچهارهزار میشویند ، ونزد زنان هم نخست ناحیه سماخ مجرا و فرج را باآب وصابون شسته وآنگاه مواضع نامبرده را بامحلول اکسی سیانور دومرکور یك درچهار هزار ضدعفونی مینمایند. بعد از این مقدمه اگر اعمال و یا

1—Phisoderme 2—Whintrop 3- Zephirol

آزمایشهائی روی پیشابراه ویا مثانه باید انجام گردد قبل‌ازشروع بکار درون‌مجرا ویا مثانه را نیز بوسیله شستشوی با اکسی‌سیانور دومرکور یا پرمنگنات‌دوپتاس ده تا ۲۵ سانتی درهزار گندزدائی خواهند نمود .

اما برای انجام اعمال جراحی بزرك لازمست که شب قبل‌ازعمل موضع‌مورد نیاز را تمیز کرده ، اگر مو دارد تراشیده ، و پس از ضدعفونی کردن با تنتور ید با پارچه عقیم شده‌ای مستورش نمایند. روز بعد و هنگام عمل‌هم همان موضع را مجدداً بوسیله دوطبقه تنتور ید ضدعفونی نموده و شروع بکار کنند.

۴) عقیم کردن اسبابها - الف. اسبابهای فلزی - اسبابهای فلزی اگر برای اعمال جراحی بکار برده‌میشوند لازمست بوسیله‌اتوو (۱) یا اتوکلاو عقیم گردند (۱٤۰ درجه حرارت دریك‌ساعت) ، اما اگر برای آزمایشهای معمولی ودرمانهای درمانگاهی مصرف میشوند جوشاندنشان باآب خالص کافی خواهد بود.

(برای آنکه عمل ضدعفونی کننده جوشاندن هم قوی‌تر گردد ممکن است درجه غلیان آبرا بوسیله افزودن بعضی از دارو ها بالاتر از ۱۰۰ برد ، زیرا اگر محلول کربنات‌دوسود یاپتاس یك تا دودرصدرا برای جوشاندن اسبابها بکارببرند درحرارت۱۰٤درجه‌و٦دهم درجه‌به‌غلیان‌میآید ،واگرمحلول برات‌دوسودبابنزوات دوسوددودرصدرا موردا‌ستفاده قراردهنددرحرارت۱۰٦درجه‌به‌غلیان‌خواهدآمد)

درهرحال پس از آنکه اسبابهای‌فلزی نامبرده‌را برای مدت ده‌دقیقه یابیشتر جوشاندندآنهارا درمحلول اکسی‌سیانوردومر کور یك‌تا۳درچهارهزار نگهداری میکنند تاآنکه درمجاورت هوا یا درآب خالص زنگ نزنند .

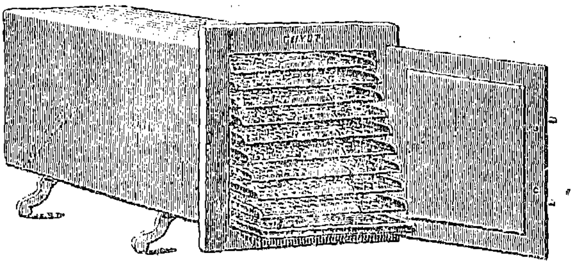
تبصره - اسبابهای فلزی برقی‌را با بخار فرمول ضد عفونی مینمایند.

ب - اسبابهای‌صمغی و کائوچو کی - این‌اسبابهارا‌ممکن‌است‌بوسیله‌اتو کلاو، اتووخشك ، جوشاندن ، و یا بخار فرمول ضد عفونی کرد اما بهترین طریقه برای اینکار استفاده از بخار فرمول است که یا بشکل بخارسرد و یا بخار گرم بکار برده میشود(بخارسرد فرمول‌زودتر از۲٤ساعت‌اسبابی‌را عقیم‌نخواهد کرد درصورتیکه

1- Etuve

بخار گرم آن نیم‌ساعته این عمل‌را انجام میدهد).

اسباب‌معمول برای استفاده از بخار فرمول اتوو فلزی ژانه‌است(۱) که‌شکلش مکعب‌مستطیل، درونش‌مجوف ودربش‌یکی ازقواعد کوچك آن‌میباشد (شکل۲٤)

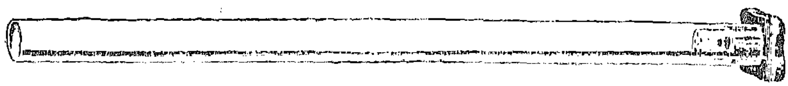


شکل ۲٤ــ اتوو فلزی ژانه

درون این‌اسباب طولا طبقات‌متعددی دارد که درهریك‌از آنها صفحه مستطیلی‌شکل شبیه به‌آبکشی دیده‌میشود. تعدادصفحات مزبور از ٤ تا۸ متغیر ووضعیتشان بنحوی است که‌هریك‌از آنهارا بسهولت میتوان‌بیرون‌آورده ومجدداً بجای‌خود بر گرداند.

درطبقه زیری این اسباب قرصهای تری اکسی متیلن و درسایر طبقات آن اسبابهای مورد نیازرا قرار میدهند. درب اتوو نامبرده کاملا محکم وروی لولائی که یکی ازاضلاع آنرا تشکیل‌میدهد‌بسمت‌خارج بازمیشود. تکیه گاه‌زمینی‌اسباب را هم‌چهار استوانه فلزی کوچکی تشکیل میدهند که درسطح خارجی بدنه‌ای از اتوو که بموازات طبقات داخلی میباشد ثابت شده اند.

گذشته از اتوو نامبرده دسنوس(۲) هم لوله شیشه‌ای استوانه مانندی برای اینکار تعبیه نموده که دوقاعده‌اش دربهای اسبابرا تشکیل داده ومحل قرار گرفتن قرصهای فرمول نیز درمخازن مربوط بهمین دربها میباشد (شکل۲۵)



شکل ۲۵ ــ لوله‌شیشه‌ای‌دسنوس

اسبابهای مزبور برای استفاده از بخار سرد فرمول بکار برده میشوند اما

1- Etuve de Janet   2 – Tube de Desnos

ماریون اتوو ژانه را بجریان برق شهری مربوط نموده و با اتو و الکتریکی حاصله هوای گرم ۶۰ درجه ای را بوجود می‌آورد که فرمول موجوده دراسبابرا بسرعت متصاعد نموده و درمدت کوتاهی یعنی نیم‌ساعت لوازم مورد نیاز را عقیم مینماید (برای‌اینکه اسبابهای صمغی و کائوچوکی بخوبی بتوانند عقیم شوند لازم است که‌داخل وخارج آنها کاملا خشك وتمیز شده‌باشد)

ج ـ ضد عفونی کردن سرنگ‌ها ـ گذشته از سرنگ ژانه که بدون پیاده کردن‌قابل‌جوشاندن‌است بقیه‌سرنگهارا قبلاپیاده کرده وپس‌ازجوشاندن‌مجدداً سوارمیکنند .

د ـ گندزدائی موادچرب کننده(۱)ـ نوك‌میل‌هارابطور کلی‌یا بوسیله روغن زیتون‌خالص ویاروغن‌های گومنوله‌ویافنیکه چرب‌میکنند .

گذشته ازروغنهای‌فنیکه و گومنوله که خود ضدعفونی کننده میباشند برای گندزدائی روغن زیتون باید آنرا جوشانده و یا در اتوکلاو و یا اتوو خشك عقیم نمایند .

بهترین روش استفاده ازاین روغنها آنست که درلوله امتحان نسبتاً بزرگی محلول اکسی سیانوردومرکوریك درچهارهزارریخته وروی آنهم یك طبقه دوسه سانتیمتری از روغنهای مزبور بریزند زیرا با این وصف اگر میلی را درمحلول حاصله فروببرند اولافرمول موجوده درسطح آن گرفته خواهد شدوثانیاً هم وقت درآوردن ساقه ونوکش بروغن سطح مایع آغشته شده وچرب میگردد .

دوم ـ داروهای ضدعفونی کننده یاگندزدا (۲)

آندسته از داروهـای ضدعفونی کننده‌ای کـه در درمانگاه و یا یك بخش بیماریهای میزراه بکاربرده میشوند مهمترینشان عبارتند از :

۱) ـ املاح جیوه ـ الف ـ بی‌کلرور دومرکور یا سوبلیمه ـ فقط محلول آبی‌رنگ نیم تا یك درهزارآن برای شستشوی دستها مصرف میشود .

---

1 – Sterilisation des lubrifiants

2 – Antiseptiques en urologie

ب ـ اکسی سیانوردومرکور ـ گردی است بیرنگ و محلول در آب (۱۰ درصد) که رنگ آنرا بوسیله اسید پیکریك زرد میکنند. محلول نیم درهزار آنرا برای شستشوی دست و محلول یك در ۳ تا ٤ هزار آنرا برای شستشوی پیشابراه ، آبدان و لگنچه بکار میبرند .

تبصره ـ هیچگاه نبـاید برای شستشو و ضدعفونی کردن دستگاه ادراری بیمارانیکه از ترکیبات یده مثل یدوردوپتاس مصرف میکنند اکسی سیانوردومرکور بکار برد زیرا از ترکیب این دو با یکدیگر سیانوردوپتاس و یدورمرکوریك نتیجه میشود که هردو سمی و خطرناکند .

ج ـ مرکوروکرم ـ گردی است قرمز رنك که محلول یك تا دو درصد آن برای پانسمان زخم و گندزدائی پیشابراه بکار برده میشود .

۲ـ پرمنگنات دوپتاس ـ گردی است متبلور ، بنفش رنك و محلول در آب (۱۵ درصد) که محلول ده تا ۵۰ سانتی گرم درهزار آنرا برای شستشوی پیشابراه ، محلول ۵۰ سانتی تا یك درهزار آنرا برای شستشوی مهبل و تزریق داخل پیشابراه بکار میبرند .

لکهای حاصله از این دارو با محلول اشباع شده بی سولفیت دوسود زائل می گردند .

۳) املاح نقره ـ الف . نیترات دارژان (سنگ جهنم) ـ گردی است سفید رنگ که درآب و الکل بنسبت مساوی محلول است . آلبومین‌ها را منعقد میکند ولی خود بوسیله کلرورهای محلول، برومورها، یدورها و کلرئیدرات دوکوکائین رسوب مینماید و ازهمین جهت هم هست که تنها در آب مقطر میتوان آنرا حل نموده و بکار برد . محلول نیم تا یك درهزار آن برای شستشوی مثانه، محلول نیم تا دو درصد آن برای تقطیر و محلول یك درده یا مداد آن برای آتوشمان مصرف میشود .

ب ـ پروتارگل یا آلبومینات دارژان ـ گردی است قهوه‌ای رنگ و محلول در آب (۵۰ درصد) که موجب رسوب کوکائین شده ولی برروی کلرورها بی اثر میباشد. لکهای رنگی حاصله ازاین دارو با آب و صابون یا هیپوسولفیت دوسود برداشته می شوند .

محلول نیم تا دودرهزار آن برای شستشوی پیشابراه و مثانه و محلول ۲۵ سانتی تا ۱ درصد آن برای تقطیر وتزریق داخل مجرا بکار برده خواهد شد .

ج ـ کلار گل ، الکترار گل یا آرژان کلوئیدال ـ گردی است سیاه رنگ و محلول درآب (۳ تا ٤ درصد) که محلول یك درهزار آن جهت شستشوی پیشابراه ومثانه، محلول یك تا پنج درصدآن برای تقطیر ومحلول سه تا پنج درصدآن برای شستشوی لگنچه مورد استعمال پیدا میکند .

لکهای رنگی حاصله ازآنرا بوسیله شستن باآب برومور ه یك درصد وبعد با هیپوسولفیت دوسود ۱۵۰ در ۵۰۰ وآب خالص زائل میکنند .

د ـ آرژیرول یا ویتلینات دارژان یاویتارژیل ـ گردی است قهوه‌ای رنگ ومحلول درآب که محلول دوتاپنج درصدآن برای تزریق ومحلول ۲۰ تا ۲۵ درصد آن برای تقطیر بکاربرده میشود .

لکهای رنگی حاصله ازآنرا بامحلول غلیظ یدوردو پتاس میتوان زائل نمود .

۴) **داروهای دیگر** ـ ید را بشکل یدوفرم برای پانسمان یا بشکل تنطوریدبرای ضدعفونی کردن موضع عمل بکارمیبرند . همچنین :

اسیدبوریك ٤ درصد را برای پر کردن مثانه، محلول قرمز اسیدفنیك ۳ تا پنج درصد را برای تزریق داخل مثانه در سیستیت های سلی، آب اکسیژنه دوازده حجمی را برای تمیز کردن زخمهای نامرتب، فرمول یا فرمالین را بشکل قرصهای تری اکسی متیلن برای گندزدائی اسبابها، محلول سولفات دوزنگ نیم تادودرصدرا برای تزریق داخل پیشابراه، محلول پنج تا ده درصد هیپوکلریت دوسود یا لیکور دولاباراك را برای پانسمان زخمها ، محلول داکن را (۱٤۰ گرم کربنات دوسود، ۲۰۰ گرم کلروردوشو وده لیترآب را مخلوط نموده وبعدازصاف کردن مقدار ٤۵ گرم اسیدبوریك بآن اضافه میکنند) برای شستشوی زخمها وپانسمان کردن آنها وبالاخره گومنل را بشکل روغن گمنوله ۱۰ تا ۲۰ درصد برای تقطیرداخل مثانه بکارمیبرند .

بخش سوم

علامت شناسی (۱)

منظور ازاختصاص‌دادن بخشی ازاین فصل بعلامت شناسی بررسی و مطالعه علائم وآثاری ازبیماریهای میزراه است که ارزش تشخیص فوق‌العاده داشته و نزد اغلب بیماران میزراهی دیده میشوند .

نشانی‌ها و یاسندرم‌های (۲) مورد نظر متنوع اما مهمترینشان عبارتند از : خونین‌بودن ادراریابوُل‌الدم (۳) چرکین‌بودن پیشاب (٤) شاش‌بند (٥) قطع‌ترشح پیشاب (٦) بی‌اختیاری در ادرار (۷) عفونت ادراری (۸) عفونت‌های کلی‌باسیلی دستگاه ادراری (۹) وبالارفتن مقداراوره خون (۱۰)

اول- بول‌الدم

اگرخون موجوده در پیشاب درموضعی بالاترازمجرای قدامی ادرار باآن مخلوط شده باشد عارضه موجوده‌رابول‌الدم گویند درصورتیکه‌اگرمنشاء پیدایش خون درمجرای قدامی باشد علامت حاصله‌راخون‌ریزی‌ازمجرایااورترورراژی(۱۱) مینامند .

بول‌الدم یکی ازنشانیهای مهم وقابل توجهی‌است که ممکن‌است پیش‌قراول وپیك شوم عده‌ای‌ازبیماریهای خطرناك دستگاه‌ادراری‌باشد . هیچگاه نباید خون ادرار کردن بیماری را سرسری تلقی‌نموده وبدون تشخیص موضع وعلت اصلی‌آن

---

1 - Semeiologie 2- Syndromes 3 - Hématurie 4- Pyurie 5 - Retension d'urine 6 - Anurie 7 - Incontinence d'urine 8 - Infection urinaire 9 - Colibacillose 10 - Uremie 11 - Uretrorragie

با تجویزداروهای ضد خونریزی اززیربارآزمایش بیمار ودرمان اساسی وی شانه خالی کرد بلکه برعکس درمقابل چنین بیمار مشکوکی اولا باید وجود یا عدم بول‌الدم‌را ثابت کرد . ثانیاًدرصورت محقق‌بودن بول‌الدم صفات ومشخصات بالینی آنرا مطالعه نمود . ثالثاً تشخیص داد که سرچشمه خونریزی درکجا است و رابعاً دانست که چه بیماریهائی ممکن‌است مولد بول‌الدم باشند تا باتوجه بدانهاواستفاده ازآزمایش کامل بیمارتشخیص بیماری اصلی را محرز ومسلم کرد .

۱-تشخیص‌افتراقی‌بول‌الدم - عوارض و نشانیهای قابل اشتباه با بول‌الدم عبارتند ازخونریزی‌ازپیشابراه، وجود هموگلبین درادرار(۱)، مخلوط شدن خون قاعدگی باپیشاب وبالاخره قرمزشدن رنگ پیشاب پس‌ازخوردن برخی‌ازداروها مثل پرونتوزیل قرمز ، روبارب ، سنا ، پیرامیدن، سالل وغیره .

دراورترورواژی خون غیرازمواقع ادرارکردن نیز ازمجرا خارج‌میگردد. درهموگلبین اوری گویچه سرخ در پیشاب وجود ندارد، درقاعدگی معاینه کردن بیمار وگرفتن پیشاب وی با میل محل خروج خون را معلوم میکنند و بالاخره تغییررنگ داروئی پیشاب نیز با سئوال کردن از بیمار و انجام آزمایش ذره بینی وآزمایشهای شیمیائی پیشاب‌محرز ومسلم میگردد .

آزمایشهای شیمیائی مشخص‌کننده هماتوری - رآکتیف‌های (۲) مستعمله برای تشخیص وجودخون درپیشاب عبارتند از رآکتیف مایر(۳)

محلول ۲۰ در صد پطاس انیدر	۱۰۰ گرم
فنل فتالئین	۲ گرم
پودرزنك	۱۰ «

که پس‌ازجوشاندن و بیرنگ شدن محلول‌آنرا صاف میکنند .

ورآکتیف‌تونن ورولاند (٤)

پیرامیدن	۲/٥ گرم
الکل ۹۰ درجه	٥۰ سانتیمترمکعب

---

1 – Hémoglobinurie 2 – Réactifes 3 – mayer 4-Roland

و

محلول اسیداستیك متبلور	۱ سانتیمتر مکعب
آب مقطر	۲ « « «

اماروش آزمایش - برای آزمایش بطریقه مایر دوسانتی‌متر مکعب از پیشاب ویك سانتیمتر مکعب از رآکتیف را بایکدیگر مخلوط نموده وپس از اضافه کردن چندقطره آب اکسیژنه آنرا حرارت میدهند دراینصورت اگر خون درادرار وجود داشته باشد پس از چند دقیقه رنگ پیشاب بکلی قرمز خواهد شد.

درآزمایش بطریقه رولاند نیز به ۳ سانتیمتر مکعب از پیشاب همان مقدار از رآکتیف اول، چند قطره از رآکتیف دوم و چند قطره هم آب اکسیژنه اضافه کرده وآنرا حرارت میدهند تا آنکه درصورت وجود خون رنگ پیشاب بکلی قرمز گردد.

۴)**مشخصات بالینی بول الدم** - برای تعیین این مشخصات اولا ببیمار دستور میدهند که در سه گیلاس مختلف ادرار کند (مقدار پیشاب هر یك از گیلاس ها نباید از پنجاه تا ۶۰ سانتیمتر مکعب کمتر باشد) تاآنکه بدین وسیله هنگام پیدایش خون را در پیشاب مشخص نمایند:

اگر گیلاس اول ادرار خون آلود و دو تای دیگر تنها اثری از آن داشته باشند بول الدم موجوده ابتدائی است (۱).

اگر مقدار خون درپیشاب گیلاس اول و دوم ناچیز ولی ادرار گیلاس سوم کاملا خونین باشد آن بول الدم انتهائی است (۲).

بالاخره اگر هرسه گیلاس پیشاب یك نواخت خون‌آلود ورنگین باشند بول الدم موجوده کامل (۳) نامیده میشود.

ثانیاً بادقت درمعاینه پیشاب وسئوالات متناسب ازبیمار تعیین میکنند که آیا

---

1 – Hémat. initiale 2 – Hémat. terminale

3 – Hémat. totale

این بول الدم خود بخود پیدا شده است یا بعد از کار کردن و راه رفتن ، آیا با درد همراه است یا خیر ، آیا باشاش بند ، تکرر ادرار ، تب ، و یا خونریزی اعضاء دیگری نیز توام است یا نه و بالاخره آیا در پیشاب بیمار چرک یا لخته خون وجود دارد یا خیر تا بدین وسیله نیز بتشخیص واقعی کسالت نزدیکتر شوند .

ثالثاً باآزمایش ذره بینی پیشاب مشخصات بول الدم را تکمیل نموده و بدین طریقه هم وجود یا عدم گویچه های چرکی ، استوانه های ادراری (۱) انساج فاسد شده و سرطانی ، تخم طفیلی ها ، میکربهای مختلف ، و بالاخره میکرب سل (آزمایش مستقیم و کشت ادرار) را که برای تشخیص قطعی بیماری اهمیت دارند تعیین مینمایند .

۳) تشخیص موضع خونریزی - تشخیص محل پیدایش و موضع خونریزی در بول الدم های قسمتی (۲) آسان است زیرا بول الدم های ابتدائی عموماً مربوط به پرستات و بول الدم های انتهائی مربوط بمثانه میباشند .

برعکس در بول الدمهای کامل که بیشتر اوقات هم مربوط به گرده ها هستند تشخیص فوری این موضع مشکل و گاهی غیر ممکن خواهد بود زیرا در پاره ای از موارد بول الدم های انتهائی و مربوط بآبدان باندازه ای زیاد میشوند که شباهت کاملی به بول الدم های کامل پیدا میکنند و با این وصف ارزش این جمله کوتاه که میگویند :

«برای تشخیص قطعی موضع خونریزی و بخصوص خونریزیهای کامل دستگاه ادراری بیمار مبتلا را درعین بول الدم سیستوسکپی باید کرد» بخوبی واضح و روشن میگردد (سیستوسکوپی یعنی معاینه درون مثانه باچراغ)

۴) تشخیص علت بول الدم - علت اصلی و اساسی خونریزیهای دستگاه ادراری نیز مانند خونریزیهای سایر اعضاء یا ضایعات عروقی ، یا ازدیاد فشار خون عمومی و یا تغییرات ساختمانی خون و فساد آن میباشد . از نظر علل فرعی و مستعد

---

1 – Cylindres 2 – Particelle

کننده هم بول الدم‌ها را بدو دسته علامتی و عمومی تقسیم میکنند بدین معنی که یا بول الدم موجوده را نتیجه یك بیماری دستگاه ادراری و یا نتیجه یك بیماری عمومی و گاه غیر مشخص میدانند.

الف- **بول الدم‌های علامتی (۱)** - چون تمام بیماریهای دستگاه ادراری میتوانند مولد بول الدم باشند لذا در مقابل بیماران مبتلا باین عارضه باید تمام ناخوشیهای دستگاه مزبور را بخاطر آورد تا آنکه بتوان براهنمائی مشخصات بول الدم متعلق بهریك از آنها و علائم و آثاری دیگر بعلت حقیقی عارضه پی برده و آنرا مشخص کرد .

مهمترین بیماریهای میز راهی و مولد بول الدم بترتیب اهمیت عبارتند از تومورها(سرطان و پلیپ) ، سل و سنك ، آماس های گرده و لگنچه (پیلو نفریت‌ها) ، بیماریهای انگلی ، ورم های حاد و مزمن گرده (نفریتهای حاد و مزمن) و مثانه و بالاخره بیماریهای پرستات (بخصوص سرطان و آدنوم)

بول الدم های تومورال که تقریباً ٤٠درصد از بول الدم هارا تشکیل میدهند خود بخود پیدا شده ، زیاد و بوالهوس و بدون درد میباشند . درفواصل حملات خونریزی هم پیشاب بیمار کاملا صاف و شفاف بوده و کوچکترین اثری ازخون در آن دیده نخواهد شد .

بول الدم های سلی مقدار شان کم ، و عموما همراه باپیوری و علائم مثانی می باشند .

بول الدم های سنگی مقدارشان کم ، و هنگام ورزش و کار ظاهر شده ، و پس از استراحت از بین میروند .

بول الدم های بعلت پیلو نفریت عموماً توام باادراری چرکین (پیوری) و درد پهلو بوده ، و با علائم عمومی نیز همراه میباشند .

بول الدم های انگلی بادانستن محل زندگی بیمار و آزمایش ریز بینی (تخم بیلارزیا) وشیمیائی پیشاب (شیلوری درفیلاریوز) تشخیص داده میشوند .

بول الدم های بعلت ورم حاد گرده با کم شدن پیشاب و پیدایش استوانه در آن همراه بوده وخونریزیهای متعلق بورم مزمن هم بعلت منعقد نشدن خون وعدم

---

1 - Hématuries symptomatiques

وجود لخته درپیشاب تشخیص داده خواهند شد . (بعقیده ماریون اگر لخته خونی در بول الدم وجود نداشته باشد میتوان سل و سرطان و سنگ گرده را باید مستثنی کرد) .

بالاخره بول‌الدم های بعلت سرطان و آدنوم پرستات هم باشنیدن شرح‌حال بیمار، انجام یك‌توشه رکتال و سیستوسکوپی تشخیص داده می شوند

ب- **بول‌الدم‌های‌عمومی** - این دسته از بول الدم‌ها در بیماریهای حاصله از فقدان ویتامین در بدن (۱) یارقت خون فامیلی(۲) ، یابیماریهای عفونی (سرخك . مخملك . آبله و حصبه) وعدم کفایت کبد ، یابعضی مسمومیت‌ها (ارسنیك . فسفر و جیوه وزهرمار) ولوسمی ، ویابالاخره پورپورا (۳) ممکن است دیده شوند .

درهرحال؛ بادر نظر گرفتن نکات فوق الذکر و آزمایش بالینی بیمار یکی دوسه بیماری مولد بول الدم بخاطر میمانند که آنها نیز پس ازانجام رادیوگرافی، سیستوسکوپی ، میل زدن حالب‌ها، ودر موارد لازم جدا کردن پیشاب دو گرده از یکدیگر تفکیك‌شده وعلت‌حقیقی بیماری کشف‌وتشخیص آن‌محرز ومسلم میگردد .

تبصره - درورم های حاد گرده و نزداشخاصیکه خیلی پیر وفرسوده‌هستند و امید زندگی طولانی برای آنها نمیتوان داشت ازآزمایشهای‌مفصل نامبرده باید خود داری کرد .

آخرین اطلاعات درباره بول‌الدم‌ها

یك نکته راجع بدرمان بول‌الدم - دربول الدم های گرده‌ای ویك طرفه که نسبت به‌درمانهای معمولی یاغی بوده وهیچیك ازآزمایشهای معموله نیز علت حقیقی آنها را معین نسازند بنا بر آنچه که گم(٤) و میشون (٥) متذکر شده‌اند ، ویولت (٦) هم درگزارش ماه ژوئن ۱۹٤۷ خود نمونه ازآنها راشرح داده ، کوولر (۷) نیز درژوئیه ۱۹٤۸ گزارشی در این باره منتشر نموده ، وبالاخره ژیراند (۸) و فارسی (۹) هم بیان میکنند راه علاج قطعی برداشتن گرده‌مبتلااست مشروط برآنکه گرده دیگر سلامت باشد .

---

1 – Avitaminose 2 – Hémophilie familiale
3 – Purpura 4 – Gaume 5 – L. Michon 6 – Violette
7 – R. Couvelaire 8 – Girende 9 – Farsy

دوم ـ چرکین بودن پیشاب(۱)

وجود چرك درپیشاب یکی از علائمی است که مثل بول الدم حائز اهمیت و قابل توجه میباشد واز اینجهت قبل ازهرآزمایش دیگردستگاه ادراری بایدآنرا تجسس‌نموده وهمانطور که‌در بررسی بول‌الدم‌ها نیز تذکر داده شد نخست تشخیص افتراقیش را ازسایر عوارضی که بدون‌وجود چرك موجب کدورت پیشابند روشن نموده وسپس مشخصات آنرا مطالعه کرد تاآنکه تشخیص منشاء بروز چرك وعلت حقیقی پیدایش آن آسان ومیسر گردد.

۱) ـ **تشخیص‌افتراقی پیشابهای‌چرکین** ـ برای موفقیت دراین کار اولا باید پیشاب بیماررا بلافاصله بعدازادرار کردن مشاهده نمود زیرا عموم پیشابهای‌محتوی چرك هنگام‌خروج ازمجرا کدرهستند (اگرپیشابی دراین موقع صاف وزلال‌باشد بطور قطع میتوان گفت که محتوی چرك نمی‌باشد).

ثانیا باید دانست که درموارد دیگری نیز کـه ذیلا شرح داده میشوند رنك پیشاب کدروشبیه‌به‌پیشابهای‌چرکین‌خواهدبود.

الف ـ اگر پیشاب بیماری قلیائی و یا خنثی باشد مقداری از فسفاتها و کربناتهای محتوی درآن‌غیرمحلول باقی مانده وموجب کدورت رنگش‌میگردند.

ب ـ اگر پیشاب بیماری خیلی غلیظ ویا خیلی ترش باشد (آنهاکه تب‌دارند و یا در اثر ورزش عرق زیاد کرده‌اند) مقداری از املاح آسید اوریك (اوراتها) آن غیر محلـول بـاقی مانده و علاوه بـر رسوبی که میسازند منظره پیشابرا نیز کدر مینمایند.

ج ـ نزد بیمارانی که مبتلابدفع میکرب ازراه پیشابند (۲) بازهم رنك‌ادرار

---

1 – Pyuric 2 – Bacteriurie

کدر شده وشفافیت خود رااز دست میدهد .

د ـ بالاخره بیماران مبتلا بدفع شیل ازراه پیشاب (۱) نیز رنك ادرار شان کدر و تقریباً شبیه به شیر است .

ثالثاهم بایددانست که درتمام‌موارد مزبور یك تجزیه شیمیائی ویك آزمایش ذره بینی فوری وجود چرك یاعدم آنرا درپیشاب ثابت نموده وتشخیص پیوری را محرز ومسلم مینماید .

آزمایش شیمیائی ـ اگرمقدار چند سانتیمترمکعب ازپیشاب موردآزمایش راگرفته وچند قطره اسید استیك‌یك درچهار بآن اضافه کنند درصورتیکه کدورت رنگش بعلت وجود فسفات و یـا کربنات غیر محلول درآن باشد بفاصله چند ثانیه صاف وشفاف میگردد ، واگر کدورت آن مربوط بوجود املاح غیر محلول اسید اوریك یعنی اورات‌ها باشد بدین وسیله صاف نشده اما اگر پس از اضـافه کردن اسید ویا تنها پس از دو برابر کردن آن باآب خالص (۲) حرارتش دهند رنگش باز وروشن خواهد شد . بالاخره اگر بهیچیك از این وسایل کدورت رنك پیشاب زائل نگردید یعنی املاح زائد کربنات ، فسفات واورات در آن وجود نداشت ، منظره آنهم شبیه به‌شیر نبود و دانه های چربی هم درآن دیده نمی‌شد (شیلوری) یك آزمایش ذره بینی وجود باکتری اوری ویا بطور کلی تشخیص پیوری‌راثابت خواهد کرد .

آزمایش ریز بینی - درآزمایش ذره بینی پیشاب مبتلایان به باکتری‌اوری مقدار زیادی میکرب‌دیده‌میشود درصورتیکه گویچه‌های سفیدوسلول های‌چرکی درآن دیده نخواهد شد .

درپیشاب مبتلایان به‌شیلوری مقدار زیادی لنفوسیت ودانه های چربی جلب توجه مینمایند .

بالاخره درپیشاب مبتلایان به‌پیوری هم‌مقدار زیادی لکوسیت دیده می‌شود

---

1 – Chylurie 2 – Dedoubler

که عده‌ای از آنها خراب وفاسد شده وعده‌ای دیگر بهم چسبیده‌اند (وجود همین خاصیت اخیر است کـه سلـول های چرکی را از ازدیاد طبیعی لـکوسیت ها یعنی لـکوسیتوز فیزیولوژیك(۱) که کاستین (۲) آنرا شرح داده‌تشخیص میدهد زیرا در حالت اخیر بـا وجود آنکه مقدار لـکوسیت های پیشـاب زیادتر از اندازه طبیعی مـی شوند معذالـك هیچیك از آنهـا تغییر شکل نداده و بیکدیگر هم چسبندگی ندارند .)

۲) - **صفات و مشخصات پیشابهای چرکین** - مشخصات پیشابهای چرکی‌را از نظر بالینی و آزمایشگاهی جداگانه باید مورد بررسی ومطالعه قرار داد .

الف - **مشخصات بالینی** - اگر پیشاب بیماری رابلافاصله بعد ازادرار کردن مشاهده کنیم‌خواهیم دید که‌بغیرازمواردیکه صاف وشفاف وطبیعی است یامحتوی رشته های ادراری است ، یاآن شفافیت طبیعی راندارد (۳) ، یاکاملا کدراست(٤)، یاعلاوه بر کدورت مقداری لخته هـای چرکی دارد ، یاچرکین ومحتوی مقداری بلغم است ، و یا بالاخره قهوه ای رنك (برنك شکلات) و محتوی چرك و خون میباشد .

اما اگر پس از چند ساعت مجدداً آن پیشاب رامعاینه کنیم ازدوحال خارج نخواهد بود : یاآنکه تمام‌چرك‌ومواد موجب کدورتش‌ته‌نشین شده وپیشاب‌سطحی آن صاف‌وشفاف است (چرکهای مثانه‌ای) ویاآنکه باوجود ته‌نشین شدن‌مقداری ازچرکها بازهم‌پیشاب‌سطحی کدروحاجب‌ماوراء میباشد(چرکهای گرده‌ای).دسته اخیر پیشابهارااماریون پیشابهای گرده‌ای(٥) و گویون پیشابهای فراوان و کدر(٦) نام‌گذارده است .

ب- **مشخصات آزمایشگاهی** - بوی پیشابهای چرکین‌وقلیائی شبیه‌بآمونیاك،

---

1 - Leucocytose physiologique 2 - Castaigne
3 - Trouble 4 - Louche 5 - Urine reinale
6- Polyurie Trouble

نزد شاش بندی‌ها شبیه به‌بوی موش ، ودرمبتلایان بسرطان مثانه فوق‌العـاده متعفن وزننده (۱) میباشد .

واکنش پیشابهای چرکین درآماسهای‌تازه وسلی اسید ودرعفونتهای‌مزمن عموما قلیائی است .

در تجزیه شیمیائی پیشابهای چرکین گذشته ازاینکه رسوب حاصله ازته‌نشین شدن چرکها دراثر اضافه کردن یك ماده قلیائی مثل سود یا پطاس بمایعی لزج و چسبنده تبدیـل میگـردد (وسیله تشخیص پیوری) وجـود مقـداری آلبومین نیزدرآنها ثابت خواهد شد(اگر مقدار این‌آلبومین ازیك گرم و پنجاه سانتی گرم در لیتر تجاوز نماید معلوم میشود که یك ضایعه گرده ای مولد آلبومینوری نیز در کار میباشد .)

بالاخره درآزمایش ذره بینی‌پیشابهای چرکین علاوه برگلبول های چرك ممکن است عده‌ای از گویچه های‌قرمز ، استوانه‌ها ، ویاتخم های طفیلی نیزجلب توجه نمایند . همچنین اگرپیشاب بیماران را استریل‌تهیه نموده (درنزد مردان پس از ضد عفونی کردن سرآلت ونزد زنان پس ازمیل زدن مثانه) وآزمایش‌ذره بینی نمایند ممکن‌است میکربهای چرك‌زای معمولی‌مثل استافیلوکوك، استرپتوکوك، کلی باسیل ، انتروکوك ، گونوکـوکـ و یا میکرب سل در آن مشاهده گردد (۹۹ درصد پیشابهای چرکین وفاقد میکرب پیشابهای سلی میباشند) .

۳) **تشخیص‌مبداء پیدایش‌چرك**ـ برای تشخیص موضع چرکین شدن‌پیشاب خواص پیوری و انواع آن ، نشانیهای دیگرهمراه باپیوری ، و بالاخره برخی از آزمایشهای لازم وسیله راهنمائی خواهند بود .

خواص پیوری و انواع آن ـ بطـور کلی پیشابهای چرکین را بسه دسته مختلف میتوان تقسیم نمود :

الف ـ پیشابهـای چرکین محتوی رشته (۲) ـ این دسته ازپیشابها نماینده

1-Urine putride 2 - Pyuries filamenteuses

آماس پیشابراه بوده و بـا آزمایششان در سه گیلاس و یا بطریقه و لبارست (۱) (رجوع شود بآزمایش پیشابراه) نشان میدهند که منشاء پیدایش چرک در کدامیك از دوقسمت مجرای ادرار میباشد (مجرای قدامی یاخلفی).

ب - پیشابهائی که یك قسمتشان چرکین است(۲) - دراین مورد اگرپیشاب گیلاس اول چـرکین و دوگیلاس دیگـر صاف بـاشد منشا پیدایش چـرك مجرای قدامی و یا غده وزی است واگرگیلاس اول وسوم چرکین ودومی صاف باشد منشا بروز چرك تمامی مجرای ادرار (مجرای قدامی وخلفی) ویا غده وزی خواهد بود.

ج - پیشابهائیکه بالتمامه چرکینند(۳) - این دسته ازپیشابها نماینده بیماری های چرك زای مثانه و گرده بوده وبرای تشخیصشان ازیکدیگر نکات مشروحه درزیر مورد استفاده میباشد.

یك - اصولا در یك بیماری چرك زای گرده مقدار چرك زیادتر وفراوانتر ازمقدار آن دریك بیماری چرك زای مثانه میباشد.

دو - پیشابهای چرکینی که منشاء پیدایش چرکشان درمثانه است پس ازمدتی که بیحرکت بمانندصاف وشفاف شده وتمامی چرکشان ته نشین میگردد درصورتیکه پیشابهای چرکین گرده‌ای هرمدت زمانی هم که بمانند صاف وشفاف نخواهند شد. معذالك باید دانست کـه اگـر پیشاب بیماری در اثـر خـوردن مقدار زیـادی از دارو های قلیائی و یا ترکیبات مدر ترشی خود را از دست داده باشد ویاآنکه در اثر شاش بند ناقص کمی تخمیر یافته و بالنتیجه مقداری از لکوسیت ها را در خود حل نموده باشد (٤) بفرض مثانی بودن چرك باز هم رنگش صاف و زلال نخواهد گردید.

سه - اگر مثانه بیماران مبتلا ببهبودی کامل رابشویند درچرك های گرده‌ای بسرعت پاك میشودوحال آنکه درچرکهای مثانه‌ای چندین‌سرنك و گاهی ۶۰تا۷۰

1 - Wolbarst 2 - Pyuries partielles
3 - Pyuries totales 4 - Leucolyse

سرنگ مایع برای اینکار لازم خواهد داشت .

چهار ـ پس ازشستن و پاك کردن مثانه اگر منشاء پیدایش چرك در خود آن باشد مدتهاطول‌میکشدتارنگ مایع شستشوی محتویش کدر شود درصورتی که اگر پیشاب چرکین متعلق بگرده باشد بسرعت مایع شستشوی درون مثانه‌را کدر خواهد کرد .

پنج ـ بالاخره اگر پس از شست و شوی مثانه بیمار را سیستوسکپی کنند گرده ای بودن و یا مثانی بودن منشاء بروز چرك بخوبی تشخیص داده خواهد شد .

نشانیهای دیگر همراه باپیوری ـ گاهی نشانیهای آماس غده وزی یا آماس‌مثانه و یا شاش بند مزمن که همراه باپیوری هستند فکررا متوجه این اعضاء مینمایند .

گاهی بزرگی گرده ، درد در آن ناحیه ، ونشانیهای دیگر توجه را بسوی این عضو جلب میکنند .

بالاخره گاهی هم که تنها علامت موجوده ادرار چرکین باشد دردرجه اول بفکر گرده های بیمار باید بود .

آزمایشهای‌لازم ـ درهر حال‌اگر بانشانیهای موجوده درنزدبیمار تشخیص واقعی موضع پیدایش چرك داده نشد و یا نسبت باین تشخیص تردیدی در کار بود انجام‌آزمایشهای‌دیگری‌ازقبیل‌عکس برداری‌ازدستگاه ادراری(۱)سیستوسکوپی ومیل زدن لوله های حالب میتوانند موجب موفقیت گردند .

٤) ـ **تشخیص علت‌پیوریها** ـ از آنجا که تمام عفونتهای دستگاه ادراری اعم ازپیشابراه ، غده وزی ، مثانه ، لگنچه و گرده میتوانند مولد بروز چنین علامتی باشند لذا برای تشخیص علت پیوری ها لازم است که شرح حال بیماران را خوب شنیده ، آنانرا معاینه کامل نموده ، پیشابشان را از نظر شیمیائی و ذره بینی

---

1 — Radiographie

آزمایش کرده ، ودرموارد لازم نیز از کشت پیشاب و تـزریق آن بخوک هندی استفاده نمود .

اما بطور کلی اگر پیشابی بدون علت واضح (آماس پیشابراه یا غده وزی ومشانه ، میل زدن وغیره) چرکین شده و یادر آزمایش پیشابی چرکین هیچگونه میکربی مشاهده نگردید آنچرک رامشکوك بچرک سلی باید دانست .

آخرین اطلاعات درباره پیشابهای چرکین

پیشابهای چرکین بدون میکروب (۱) -

بنابر آنچه که قبلا تذکرداده شده است اگرپیشاب چرکینی درآزمایشهای ذره بینی مکرر فاقد میکرب تشخیص داده شود چرك موجوده در آن مشکوک بچرك سلی خواهد بوداما طبق گزارش ویلدولی(۲) (مجمع اورولوژی سال۱۹۳۳) ومشاهدات توماس مور(۳) (شماره ٤سال ١٩٤٥ مجله انگلیسی بیماریهای میزراه) وهمچنین مشاهدات لوسین داکس (٤) (در روی پنج بیمار از ۱۹٤۱ تا ۱۹٤۷) و بالاخره نوشتجات ر. کولر (٥) (در کتاب جراحی مختصرش) گذشته ازباسیل دوکخ ویروس های غیر مرئی و مولد التهاب مجرا یاآماس مثانه دیگری نیزوجود دارند که مسبب بروز پیوری وسیستیت یااورتریت شده وخودشان هم درآزمایش مستقیم یاکشت پیشاب مرئی نمیباشند (٦) .

نشانیها ـ علائم وجود یك چنین عفونتی همان علائم سیستیت یاآماس لگنچه ویا گرده است که ناگهان یابتانی ظـاهر شده وهمراه باتب هم نمیباشند .

تشخیص ـ پیـوری هـای بدون میکرب باسل مثانه وپیلو نفریت های سلی قابل اشتباهند امافقدان علائم عمومی ومنفی بودن نتیجه اوروگرافی (اورترو گرافی داخل وریدی) وهمچنین تعیین قدرت دفع گرده بافنل سولفون فتالئین سلی نبودن

---

1 - Pyuries amicrobiens 2- Wildoly 3- Thomas Moare
4- Lucien Dax (Bordeaux) 5 - R . Couvelaire
6 - Pyurie amicrobien - maladie

عارضه رامسلم خواهد کرد .

درمــان ـ درمان پیوری های بدون میکرب آسان و بنحوی است که درموارد مشکــوك نیز میتواند مورد آزمایش قرار گیرد زیرا مجموعه عوارض نامبرده که ممکن است مدتها مزاحم بیمار باشند با تزریق دو آمپول ۳۰ سانتی گرمی از نوارسنو بنزول (سولفارسنول،ارسفنامین یانئوسالوارسان) برطرف شده وتزریقات مجدد آن نیز در۳-٤ جلسه و بفاصله ٥تا۷ روز بیماری را بکلی شفا خواهد داد .

سوم ـ شاش بند شدن (۱)

ابتلاء به‌شاش بند یعنی عدم توانائی تخلیه مثانه بمیل واراده و یاهنگام پیدایش حس ادرار .

علت و سبب ـ بطور کلی مجموع عوامل موجب بروز شاش بند را بچهار دسته مختلف میتوان تقسیم کرد .

دسته اول ـ علل فیزیکی ـ مهمترین عوامل فیزیکی مولد شاش بند عبارتند از اجسام خارجی پیشابراه ، تنگی‌های پیشابراه ، آماس حاد غده وزی ، عظم غده وزی (آدنوم پری اورترال) وبعضی ازسنگهای مثانه .

دسته دوم ـ ضایعات عضوی مثانه ـ جزء این دسته ازعوامل اشکالی از آماس های مثانه را که دراثر تشنج عاصره غشائی (۲) موجب بروز شاش بند میگردند میتوان متذکر شد . همچنین سیستیت های قانقرایائی وبرخی از سنگهای مثانه را نیز باید بخاطر داشت .

دسته سوم ـ ضایعات عضوی مغز وپی وبعضی از نوروزها (۳) ـ مهمترین عوامل عصبی مولد شاش بند ضربه های وارده بمغز تیره و قطع آن ، ضربه های وارده بمغز (٤)، میلیت‌ها ، تابس ، خونریزی های مغزی ، آماس پرده های مغز و بالاخره هیستری میباشند که‌عده‌ای از آنها مانع ازانجام وظیفه مراکز انعکاسی مثانه شده و عده ای دیگر رابطه این مراکز را با مراکز مغزی قطع و ازیکدیگر مجزا مینمایند .

دسته چهارم ـ علل انعکاسی (٥) ـ عوامل انعکاسی مسبب این عارضه اغلب پس ازیك عمل جراحی روی شکم ولگن خاصره یابعد ازیك زایمان ویا پس از متسع کردن مجرای ادرار یا مقعد موثر واقع میشوند . گاهی هم احتباس انعکاسی پیشاب

1- Rétension d' urine 2- Spasme 3- Névroses
4- Commotions cerebrales 5- Les cas Réflexes

ددبعضی ازامراض تب دار و بخصوص حصبه قابل ملاحظه میباشد .

درهرحال علت بروز احتباس هرچه که باشد در صورت برقراری موجب اتساع مثانه ، لوله های حالب و بالاخره لگنچه و گرده شده ، اختلالی در کار ایندستگاه فراهم نموده ، ودیر یازود موجب رسوخ عفونت ووخامت آتیه بیماری میگردد .

اشکال بالینی و نشانیهای شاش بند - مجموعهٔ اشکال احتباس‌ادراری بدودسته مختلف شاش بندهای کامل حاد وشاش بند های مزمن تقسیم می‌شوند .

۱) - شاش بندهای کامل وحاد (۱) - دراین قبیل شاش بندها که نزد اطفال عموما بعلت سنك مثانه ، پیش جوانان دراثر سوزاك حاد و تنگی پیشابراه ، و نزد پیران درنتیجه عظم پرستات پیشامد میکنند هرگونه کوششی برای ادرار کردن بدون نتیجه‌مانده و بعدم موفقیت‌منجر میگردد. بیمار مبتلا به‌شاش‌بند نخست بمیل خود زورمیزندتاشاید بتواند ادرار کنداما بتدریج که دردهای‌زیردل شدت‌مییابندزورها نیز خارج ازاراده شده وچنان برشدت دردها میافزایند که بیمار بیچاره را بیتاب ومستاصل مینمایند .

ازدیاد شدت درد گاهی موجب بیهوشی بیمار میشود ولی کمتر اتفاق میافتد که احتباس زیاده ازحد پیشاب موجب ترکیدن مثانه گردد زیرا گذشته از آنکه جدار آبدان باازدیاد تدریجی فشار مایع درونی خود سازش میکند بهر اندازه‌هم که میزان اتساع بالاتر رودمقدارترشح پیشاب از گرده ها کمتر شده و برشدت‌درد هانیز افزوده میگردد تاآنجا که‌این‌آخری‌خودموجب‌مراجعه بیمار و نجات وی از ابتلای بچنین‌حادثه‌ای‌خواهدشد . بعلاوه گاهی هم‌ازدیاد فشارپیشاب محتوی مثانه موجب باز شدن اسفنکتر عنق آن(۲) و بی اختیاری درادرار وتخلیه کامل‌میگردد.

۲) - شاش بندهای مزمن(۳) - این دسته ازشاش بندها خود دارای سه‌شکل مختلف میباشند .

---

1 - Réts . complètes aigues 2 - Relachement du sphinctère membraneux 3 - Réts . chroniques

الف ـ شاش بند های ناقص بدون اتساع (۱)ـ در این نوع شاش بندها قدرت ادرار کردن باقی است امـا همیشه مقداری از پیشاب درمثانه بیمار می ماند (باقی مانده).

ب ـ شاش بندهای ناقص وهمراه بااتساع (۲)ـ مقدار باقی ماندهدراین‌اشکال باندازه‌ای زیاد میشود که موجب اتساع مثانه میگردد.

ج ـ شاش بندهای کامل مزمن(۳)ـ مبتلایان باینگونه شاش بندها قادر بادرار کردن نمیباشند و همیشه ادرارشان را بامیل ازمثانه میگیرند.

گرچه اشکال سه گانه شاش‌بند های‌مزمن‌در نزدمبتلایان‌بعظم‌غده وزی قابل ملاحظه میباشندامابا وجوداین‌تنها آن‌دسته‌ای‌ازاین‌بیماران‌شکایت‌از احتباس‌دارند که مبتلابشاش بند مزمن کامل‌میباشنددرصورتیکه‌دیگران‌یا بعلت‌اختلالات گوارشی ، یا تکرر ادرار وفراوانی آن ، ویا دراثرعوارض دیگری مجبور بمراجعه میگردند.

درمانـ گذشته ازدرمان اساسی وعلت بروزاین‌عوارض میل زدن مثانه‌بیمار درمانی است تسکینی که اغلب مفید فایده وبرخی اوقات لازم وواجب خواهدبود.

درمیل زدن مثانه (رجوع شود بکارهای عملی) علاوه بر رعایت ضد عفونی باید متوجه بود که مثانه بیماران مبتلا به‌شاش‌بند‌کامل و بخصوص نوع مزمن آنرا ناگهان ودریك جلسه خالی‌ننمود زیرا این‌عمل خود موجب بروز احتقان شدید(٤) دردستگاه ادراری وهماتوری حاصل ازآن میگردد.

---

1 - Réts. incomplètes sans distensions
2 - Réts . incomp . avec distension 3 – Réts . complètes chroniques 4 – Congestion à vacuo

چهارم ـ قطع ترشح پیشاب (۱)

عدم ترشح پیشاب از گرده‌ها یاعدم وجودآن درمثانـه بدون همراه بودن بافیستول بنام آنوری معروف است .

علت و سبب ـ بندآمدن های ترشح پیشاب را از نظر علل مولده بدو دسته مهم تقسیم میکنند که یکی ازآنها قطع ترشح عضوی (۲) و دیگری قطـع ترشح ممانعتی (۳) است .

۱) ـ قطع ترشح عضوی پیشاب (۲)

طبق تحقیقات و گزارشات آشارد(٤) این دسته ازآنوری‌ها یادراثرضایعات سلول های پوششی لوله های ادراری ویادر اثـر اختلالات حاصلـه درجریان خون عمومی پیشآمد میکنند .

آنوری های دسته اول هنگامی اتفاق‌میافتند که ضایعات سلول های‌پوششی لوله های ادراری فوق العاده شدید ودرون لوله های نامبرده ازسلول های‌پوششی متفلس واسید اوریك وغیره پر وراه خروج پیشاب‌کاملا مسدود باشد یعنی بفـرض آنکه گلمرولها هم بتوانند پیشابی ترشح نمایند راه خروجش بنحوی مسدود باشد که ادرار مترشحه نتواند بلـگنچه ومثانه راه یابد .

علت پیدایش این‌دسته‌ازآنوری هایاورم‌های عفونی‌وحاد گرده(٥)(مخملك، حصبه ، خناق ، ذات الریه ، مالاریا وغیره) ، یاورم های سمی (٦) (سوبلیمه ، فسفر، کانتارید، استرکنین، تریاك ، سوختگی های شدید، ومسمومیت های بعدازبیهوشی بوسیله کلروفرم واتر) ویاورم های مزمن این عضو میباشند .

اما آنوری های دسته دوم یعنی آنهائیکه دراثر اختلالات حاصله در جریان

1- Anurie 2-Anurie sécretoire 3-An .excretoire 4-Achard
5 – Nephrites infectieuses aigues 6 – Neph . toxiques

خون عمومی پیشآمد میکنند ممکن است علتشان فشار وارده بر رگهای گرده یا مسدود شدن آنها، کم شدن فشار خون سرخ رگها (آسیستولی)، زیاد شدن فشار خون سیاه رك‌ها بعلت کم شدن فشار درسرخ رك‌ها، ازدیاد فشار درسیاه رك‌باب (آنوری کبدی)، فساد خون دراثر خفگی یا کسر مقدار آب خون بعلت اسهال وبائی شکل‌وغیره، و یا بالاخره انقباض شدید رگهای موئین گرده (۱) در اثر یك عمل انعکاسی باشد (اعمال انعکاسی مولد آنوری خود ممکن است بعلت یك شوك حاصله ازشکستن‌سنگ مثانه، اتساع پیشابراه، شستشوی مثانه بانیترات‌دارژان، ضربه های وارده بگرده واعمال جراحی، ویا دراثر یك ضایعه عصبی ومغزی مثل ضربه های وارده بمغز یامغز تیره بوجود آیند).

نشانیها- بیمار مبتلا به‌آنوری ترشحی‌دردوسه‌روز اول یعنی دوره تحمل(۲) کوچکترین شکایتی جز قطع ترشح پیشاب ندارد اماپس از گذشتن این‌دوره ودر صورت برقراری حادثه کم کم علائم مسمومیت ازاوره(۳) یعنی سردرد، استفراغ، خون ریزی های مختلف، ورم بدن، تنگی مردمك چشم وغیره نزدش ظاهر ودر عرض سه تا۶ روز موجب مرگش میگردند.

دوره تحمل حادثه آنوری در نزد بیماران خیالاتی (٤) طولانی تر از مدت نامبرده میباشد زیرا علاوه برآنکه مقداری ازسموم پیشاب این بیماران ازراه‌جلد وروده‌ها دفع میگردد سوخت وساز بدنشان نیز بطی وفوق العاده کند میباشد.

تشخیص - تنها عارضه قابل‌اشتباه باآنوری ترشحی شاش بند شدن است که تمیزش از حادثه مزبور آسان بوده وهیچگونه اشکالی ندارد زیرا در قطع ترشح پیشاب علاوه برآنکه بیمار ادرار نمی‌نماید حس ادراری‌هم ندارد بعلاوه اگرمثانه راهم میل بزنند پیشابی درآن وجود نخواهد داشت.

درمان- برای درمان آنوری های ترشحی باید اولا سلول های پوششی لوله های ادراری راترمیم نموده وبکار انداخت. ثانیاهم جریان‌خون‌رادر گرده‌ها

1- Vaso- constriction 2- Période de tolerance
3 - Urémie 4 - Hysteriques

بیشتر نموده و سریع تر کرد تا بدین ترتیب نیز پیشاب مترشحه از گلمرولها بتواند موانع موجوده درلوله های ادراری را به بیرون براند .

برای ترمیم و تقویت سلول های پوششی گرده‌ها بهترین دارو تئوبرومین و مشتقات آن ، پیاز عنصل(۱) و گلوکزید آن یعنی سیلارن است که بشکل خوراکی یاتزریق بکار برده میشوند .

برای ازدیادسرعت جریان خون و بالنتیجه ازدیادترشح پیشاب هم بهترین طریقه ازبین بردن رکود خون در گرده‌ها (بوسیله بادکش خونی در نواحی مربوطه و تقویت قلب) وازدیادمقدار خون وفشار عمومی آن است (بوسیله تزریق زیرجلدی سرم کلوکزه ایزوتونیك بمقدار یکی دولیتر در شبانه روز وتزریق داخل وریدی سرم کلوکزه هیپرتونیک بمقدار ۲۰ تا ۲۵۰ و حتی ۵۰۰ سانتی متر مکعب در شبانه روز) .

گذشته ازاینها تزریق ترکیبات جیوه‌ای مثل سالیرگان ونپتال نیز دربعضی موارد بخصوص نزد بیماران قلبی مفید فایده خواهد بود .

بالاخره درصورت‌عدم موفقیت بطرق‌نامبرده باید گرده‌ها راپوست کنده(۲) ویا آنها راقاچ کرد (۳)

۲) ـ قطع ترشح ممانعتی پیشاب (۴)

دراین دسته ازآنوری‌ها وبرخلاف دسته اول قبل ازآنکه نسج گرده فاسد شده وقادر بترشح پیشاب نباشد مانعی درراه جریان ادرار ازگرده بمثانه قرار میگیرد که کم وبیش‌ازعبور آزادپیشاب جلوگیری‌نموده، ادرار مترشحه‌رادر گرده ها پس زده ، ونظم وترتیب کارشان رامختل مینماید .

موانع مزبور برحسب آنکه درخارج‌لوله های حالب ویادر خود آنهاواقع شده باشند مولد دوشکل مختلف ازاین دسته آنوریها میگردند .

---

1 - Scille 2 - Décortication 3 - Nephrotomie

4 - Anurie excretoire

الف ـ قطع ترشح پیشاب بعلت فشار وارده بر لوله های حالب (۱).

لوله های حالب بدو طریق مختلف ممکن است تحت فشار واقع شده ومانع از جریان آزاد پیشاب گردند.

در طریقه اول گردههاازجای خود حرکت کرده وموجب بروزخمیدگی(۲) در لوله های نامبرده میگردند اما در طریقه دوم غدهای درحفره لگن رشد نموده (سرطان مقعد، پرستات زهدان و مثانه و یا تورم سرطانی غدد لنفاوی مربوط بآنها) ولوله های مزبور راتحت فشار خود میگذارد.

بهرحال باید دانست که چون موانع مزبور فضای داخلی لوله های حالب را ناگهانی وکاملامسدود نمیسازندموجب اتساع لگنچه وگرده شده وهمانطور که تدریجاً نسج گرده را فاسد و بی مصرف می‌نمایند مقدار ترشح پیشاب رانیز کم کرده وبالمآل آنرا بکلی قطع وآنوری حقیقی رابوجود میآورند.

درمانـ درمان این قبیل آنوری‌ها یاثابت نمودن گرده های متحرك درجای خود (۳) ویاسوراخ کردن وزه کشی آنها (٤) ازناحیه پهلوها است که این آخری بخصوص درسرطانهای لگن خاصره مورد استفاده میباشد.

ب ـ قطع ترشح پیشاب بعلت انسداد لوله های حالب (٥).

مهمترین شکل این آنوری ها شکلی است که بعلت انسداد لوله های حالب دراثر وجود سنگ پیشابمدمینماید.

علت وسبب ـ یکی از عوارض مهم سنگهای مهاجر گرده (٦) همین نوع آنوری است که گاهی بعلت مسدود شدن هردو میزنای، گاهی بعلت مسدود شدن یکی ازلولهها و فقدان گرده دیگر (در ناهنجاری گرده، فسادگرده، و پس از برداشتن یکی ازآنها)، وگاهی هم بعلت مسدود شدن یکیازلوله ها وآماس گرده مقابل جلب توجه مینماید.

1- Anurie par compression des uretères 2- Coudure 3- Néphropexie 4- Néphrostomie 5- Anurie par obstruction des uretères 6- Calcule migrateurs

علت قطع ترشح پیشاب درحالت اول ودوم این حادثه روشن ومحتاج بتوضیح نمیباشد اما درحالت سوم یعنی هنگامیکه گرده طرف مقابل میزنای مسدود تقریباً طبیعی است چرا ترشح پیشاب قطع میشود وچراآنقدر ممکن است ادامه پیدا کند که بیمار رادر اثر مسمومیت ازاورمی تلف نماید .

بعقیده گوین وآلباران (۱) علت قطع ناگهانی ترشح پیشاب در گرده سالم بروز یك عمل انعکاسی است (۲) . همچنین راجع باینهم که چرا این عمل انعکاسی موقتی نبوده وادامه پیدامیکندمؤلفین نامبرده معتقدند که برقراری آنوری بعلت ورم حاد حاصله پس از بروز حادثه در گرده‌سالم ومسدود شدن لوله های‌ادراری آن از سلول های پوششی میباشد (آنوری ترشحی) .

نشانیها ـ شروع حادثه ـ بیماریکه سابقه ابتلاء بسنك گرده یادفع شن‌دارد ویا مدت زمانی است که از درد پهلو شکایت میکند ناگهان بقولنجی گرده‌ای مبتلا شده وادرارش بند میآید . درصورت مراجعه بپزشك ومیل زدن مثانه هم پیشابی‌از این عضو خارج نمیگردد وبالاخره دردهای‌حاصله ازقولنج هم‌یاخود بخود ویاپس ازدرمانی مختصر بتدریج ساکت شده وتقریباً از بین میروند .

دوره تحمل ـ (۳) ـ دراین مرحله که مدتش سه‌روزتاشش روز ممکن‌است تغییر نماید بیمار هیچگونه شکایتی جز شاش‌بند وبی‌میلی بادرار ندارد .

دوره برزخ (٤) ـ پس ازپایان دوره تحمل تدریجاً بیمار احساس خستگی وسر درد نموده و از اختلالات گوارشی (زبان خشك و باردار ، کم شدن بزاق ، گلودرد وحال تهوع) وازجا پریدن شکایت میکنند .

دورهٔانتهائی (۵) ـ در این دوره از آنوری عـلائم واضح مسمومیت ازاوره (اورمی) یعنی چرت زدن ، حرکات غیـر ارادی دست وپا وانگشتان (٦) ،

1– Guyon et Albarran　2- Réflex réno - renal
3- Période de tolerance　4- Période intermédiaire
5- Pér . términale　6- Subraiseux tendineux

اختلالات شدید گوارشی ، تنگ نفس شدید ، نامنظم شدن ضربانات قلب ، تنگ شدن مردمك چشم ، پائین آمدن درجه حرارت و بالاخره اغماء (۱) ظاهر شده و بیمار مبتلا بدرود زندگی میگوید .

مقدار اوره خون درشروع حادثه تقریبا طبیعی است اما دردوره تحمل بین نیم تا یك گرم ، دردوره برزخ بین یك تادو گرم ودوره انتهائی بین ۳تا۴ گرم در لیتر تغییر مینماید .

تشخیص ـ تشخیص وجود آنوری بوسیله میل زدن مثانه ، تشخیص علت آن پس از سؤال کردن از بیمار و اطرافیان وی ، و تشخیص میز نای مسدود از سابقه دردپهلو ، موضع پیدایش قولنج و بعقیده لوگوانقباض جدارشکم‌درطرف مبتلا و بالاخره رادیو گرافی داده خواهد شد .

درمان ـ بدرمان سنك گرده مراجعه‌شود .

آخرین اطلاعات درباره قطع ترشح پیشاب

گذشته از آنچه که درباره علت پیدایش آنوریها تذکر داده شده است مسمومیت حاصله ازسولفامید رانیز باید بخاطر داشت ، چنانچه درشماره سوم سال ۱۹۴۶ و۴۷ مجله‌انگلیسی‌اورولوژی(۲)شرح حال ۱۵ نفر بیماریکه سولفادیازین(۳) میخورده و مبتلا به آنوری کامل شده بودند درج شده است ؛ طبق گزارش دکتر توستیون (۴) درژوئیه۱۹۴۶ نیز بیماری که‌دریك‌جلسه۷ گرم داژنان‌خورده ودر ساعات بعدی‌آنهم ۳ گرم دیگر مصرف نموده به‌آنوری کامل‌مبتلا گردیده‌است. بالاخره دکتر بارتلمی (۵) نیز ابسرواسیون ۱۲۷ بیماریرا که بعلت خوردن سولفامید های‌مختلف‌مبتلابه‌آنوری شده بودند درژانویه ۱۹۴۸ بمجمع اورولوژی فرانسه‌گزارش نموده است .

علت پیدایش آنوری پس ازمسمومیت باسولفامید یا انسداد مجاری ترشحی

1– Coma urémique 2– The urology and cutaneous riview 3– Sulfadiazine 4– Tostivint 5– H. Barthelemy

ادرار است (انگلیس ها عقیده دارند که تشنج عصبی میزنای نیز دخالت دارد) از مواد متبلور ویا بروز یك آماس سمی و فاسد کننده گرده (۱)

درمان ـ گذشته از درمان معمولی آنوریها که درمرحله اول بادکش خونی وتزریق سرم گلوکوزه ایزوتونیك درزیر جلد وهیپر تونیك درداخل رگ، درمرحله دوم گذاردن سوند متمکن درلوله های حالب، ودرمرحله سوم پوست کندن گرده ها (۲) می باشد اخیرا تزریق محلول نووکائین دررگ ویادرمجاورت اعصاب اسپلانك نیك وپایه گرده (۳) برای درمان این حادثه متداول شده ، واز توسل بهر یك از آنهاهم نتایج قابل توجهی بدست آورده اند .

تزریق محلول نووکائین رادرمجاورت پایه گرده (٤) اولین مرتبه شون(۵) ومکتب او در سال ۱۹٤۳ پیشنهاد نموده اند ، پس از آن دکتر توستیون بیماری‌را که بعلت خوردن سولفامید مبتلا به آنوری شده ومعالجات باسرم وتزریق نووکائین داخل وریدی هم برایش بی ثمر بوده باانفیلتراسیون پایه گرده از ۲۰ سانتیمتر مکعب نووکائین ۰٫۵ درصد در دوجلسه وهر جلسه بفاصله سه روزدرمان کرده ، ودکتر بارتلمی هم ۲۰۰ بیمار مبتلا به آنوری (۲٦ آنوری سنگی ، یکصد و بیست وهفت آنوری سولفامیدی، ۳٤ آنوری نفریتی، و۱۳ آنوری کاردیورنال) رابدین طریقه معالجه کرده وگزارش آنرا توسط دکترشوون درجلسه ژانویه ۱۹٤۸ بمجمع اورولوژی فرانسه تقدیم کرده است .

اما تزریق نووکائین دررك رااولین مرتبه پرن(٦) ولوئیس(۷) درسال ۱۹٤۵ پیشنهاد کرده ونتیجه آزمایش آن راهم درروی سه بیمار مبتلا به آنوری (دو نفر مبتلا به آنوری ترشحی بعلت نفریت حاد ویك نفر مبتلا به آنوری ممانعتی بعدازقولنج وافتادن سنك درحالب) چنین گزارش نموده اند که هیچیك از بیماران مزبور بیش از

---

1 - Neph . toxique avec necrose 2 - Decapsulation
3- Infiltration novocainique lombaire
4- Infilt . novocainique du pédicule reinale
5- Chauvin 6- J . Perrin 7- P . Louys

دو روز تحت معالجه نبوده (هرروز ده‌تاسی سانتیمتر مکعب از محلول یك در صد نوو کائین در رگ) و پیشابشان هم درهمان روز اول ازهیچ بیك تادولیتر بالغ گردیده است .

گذشته ازاین درماه مه ۱۹۴۷ کارل (۱) چکوسلواکی ابسراسیون بیماری را که دراثر خوردن ۱۲ گرم سوبلیمه مبتلا به آنوری شده بود بمجمع جراحان بروئو (۲) گزارش نموده که باهشت تزریق نوکائین داخل وریدی بهبودی کامل یافته بوده است (روز اول ده سانتی متر مکعب ، روز دوم وسوم وچهارم ۲۰ سانتی متر مکعب ، و روز پنجم تاهشتم هم ۱۰ سانتی متر مکعب) .

در سرویس میزراه بیمارستان سینا نیز برای درمان بیماران مبتلا به آنوری (اعم از آنوری های حاصله بعد از عمل جراحی ویا آنوریهای ابتدائی) از تزریق محلول نووکائین یك درصد ویانووکائین آتروپین (ده سانتی متر مکعب نووکائین یك درصد و یك چهارم میلی گرم آتروپین) بمقدار ۱۰ تا ۲۰ سانتی متر مکعب روزانه استفاده نموده ونتایج قابل توجهی از آن بدست آورده‌ایم .

بطور خلاصه وطبق مشاهدات موجوده استفاده از تزریق نووکائین دررگ برای درمان آنوری‌ها واجب ولازم خواهد بود زیرا این روش درمان نه تنها هیچگونه خطری نداشته ودرهر کجا هم که باشد قابل استفاده میباشد بلکه بعلت برطرف نمودن تشنج موجوده درعضلات صاف جدار رگهای گرده وعضلات صاف لوله های ادراری ومیزنای بیشتر آنوری های حاصله را اعم از آنوری‌های ترشحی ویا ممانعتی معالجه خواهد کرد .

1- Karel Whlir 2- Bruo

پنجم - بی اختیاری درادرار (۱)

تعریف - ادرار کردن بی‌اختیار عبارتست‌ازدفع بدون توجه وخارج ازاراده پیشاب محتوی درمثانه ازراه مجرای ادرار.

بادرنظر گرفتن تعریف مزبور تشخیص این عارضه ازسایر بی‌اختیاری های پیشاب بخوبی داده میشود زیرا دربی‌اختیاری های کاذب (۲) حس ادرار باقی است اما مقاومت درمقابل خروج پیشاب ممکن نخواهد بود.

در بی اختیاری های لب ریزی (۳) یعنی آنهائیکه بعلت اتساع زیاده از حدمثانه پیدا میشوند هیچگاه مخزن نامبرده تخلیه کامل نمیگردد.

در بی اختیاری های حاصله از سربازکردن میزنای در پیشابراه (یکی از ناهنجاریهای میزنای) نیز ادرار مترشحه بخارج مستقیما از گرده میآید نه از مثانه.

اشکال بالینی - بی اختیاریهای حقیقی پیشاب ازنظر سریری بدو دسته مهم تقسیم میشوند که یکی ازآنها بی‌اختیاریهای بالغین یابی‌اختیاریهای علامتی است(٤) ودیگری بی‌اختیاریهای کودکان یابی‌اختیاریهای ذاتی (٥).

۱) - بی‌اختیاریهای علامتی پیشاب.

علت وسبب - علل مولد این دسته از بی اختیاریها متعدد اما لوگو مجموعه آنها رابچهار طبقه مختلف تقسیم مینماید.

1- Incontinence d, urine 2-Fausses incontinences
3 - Incont. par régorgemant 4- Incont. symptomatiques
5- Incont. essentielles

الف - **بی‌اختیاریهای ضربه‌ای** (۱) - بی‌اختیاریهای ضربه‌ای در پیش زنان پس از اتساع شدید پیشابراه و یا بعلت سقوط زهدان و مهبل (۲) و نزد پیرمردان پس ازدرآوردن مجرای غشائی بهنگام عمل آدنوم پرستات دیده میشوند.

ب - **بی‌اختیاریهای عصبی** (۳) - علل مولد این دسته از بی اختیاریها عبارتند ازورم پرده های مغز و نخاع شوکی (٤)، ورم مغز تیره (٥)، تابس، سل ستون فقرات (٦)، بیماری صرع (۷)، و بالاخره شکاف داشتن استخوان خاجی یا ساکرم (۸) که این آخری ازسایرین مهمتر و طبق گزارشهای آندره لری (۹) و نتایج حاصله از اعمال جراحی پیردلبه (۱۰) در این باره یکی از علل مهم بی اختیاری های شبانه در نزد جوانانی است که پس ازدوران کودکی نیز بدان مبتلا میباشند.

دانشمندان مزبور مشاهده کرده‌اند که نزداغلب این اشخاص استخوان‌خاجی شکاف طولی کوچکی دارد (رادیوگرافی آنرا نشان میدهد) که بند لیفی نازکی از یك کنار بکنار دیگر آن عرضاً متمد شده و بن بست انتهائی ام الغلیظ را (۱۱) تحت فشار قرار میدهد وهمچنین ثابت کرده‌اند که بریدن وقطع این نوار لیفی ضربانات طبیعی بن بست نامبرده راعودت داده وناراحتی بیمار و اطرافیان وی را برطرف مینماید.

ج - **بی اختیاریهای انعکاسی** (۱۲) - مرکز پیدایش این قوس انعکاسی ممکن است درمقعد (شقاق (۱۳)، سقوط مخاط (١٤)، آماس مخاط (١٥) و انگل‌های‌روده ای‌مثل کرمك و کرم های‌دراز) یادردهان وحلق (روئیدن دندان، بزرگی لوزتین، و وژتاسیون آدنوئید) و یا در سطح بدن (دانه های زرد زخم) باشدکه بادرمان و رفع هریك ازآنها بی‌اختیاری ادراری نیز ازبین خواهدرفت.

1– Incont. traumatiques 2- Prolapsus génital 3– Incont. nervenses 4– Méningite 5- Myelite 6- Mal de Pott 7– Epilepsie 8- Spina bifida occulta 9- André Leri 10–Pierre Delbet 11- Cul-de-sac dural 12-Incont. réflex 13- Fissure 14- Prolapsus rectal 15– Rectite

د - بی اختیاریهای مربوط بدستگاه میزراه (١)- بین بیماریهای مختلف و یا ناهنجاریهای متعددی که در دستگاه ادراری موجب پیدایش بی‌اختیاری در پیشاب میگردند علل زیرین قابل ذکر میباشند .

تغییرات شیمیائی پیشاب - اسید بودن فوق العاده یا قلیائی بودن پیشاب و هم‌چنین غلظت یافتن زیاده ازحدآن بخصوص در نزد اطفال مولد تکرر ادرار روزانه و بی‌اختیاری شبانه میگردد .

سوء تشکیلات - مهمترین ناهنجاریهای مسبب بی‌اختیاری پیشاب تنگی های سوراخ ختنه گاه (٢) ، تنگی های سماخ مجرا و خود مجرا، چسبندگی های پوست ختنه گاه بسر آلت ، و بالاخره چسبندگی‌های کلیتوریس میباشند .

بیماریهای عفونی دستگاه ادراری و تناسلی - این دسته از بیماریهای مسبب بی‌اختیاری در پیشاب عبارتند از : سل گرده (در دوره مقدماتی) ، آماس لگنچه و گرده (پیلو نفریت) ، آماس مثانه (سیستیت) ، آماس پرپوس و سر آلت (٣)، و بالاخره آماس مهبل و شلفینه (٤)

٢) - بی‌اختیاری ادراری در نزد کودکان (٥) .

این نوع بی‌اختیاری پیشاب که بنام بی‌اختیاری ذاتی (٦) ، ادرار کردن غیر طبیعی (٧) ، پیشاب خارج ازاراده وشبانه (٨) ، و بالاخره انورزی (٩) نیز نامیده میشود بخصوص دردوران اول کودکی یعنی از دو تا پنج سالگی قابل ملاحظه میباشد .

اطفال مبتلا باین عارضه یاهمان بی‌اختیاری دوران شیرخوارگی خود راادامه میدهند ویاآنکه پس‌از مدتها طبیعی بودن مجددا وپس ازیك اضطراب شدید ، یك وحشت فوق العاده ، ابتلاء به‌تب‌های دانه‌ای ویا درآوردن دندان بعارضه مزبور

1- Incont. d, origine urinaire 2- Phimosis
3- Balano - postites 4- Vulvo - vaginite 5- Incont. d, urine infantile 6- Incont. essentielle 7- Miction anormale
8- Mict. involontaire nocturne 9- Enuresie

مبتلا شده و برای مدتی کم یا زیاد طولانی بهمین حال باقی میمانند (حتی تاسن ۲۰ یا ۳۰ سالگی).

این دسته از کودکان منفور و مستحق ملاطفت که هر شب و یا شبهائی متناوب رختخواب خود راتر میکنند درروز یاکاملاطبیعی بوده ومثل دیگران بمیل و اراده خود مثانه را تخلیه مینمایند، یا درعین طبیعی بودن تکرر ادرار دارند، ویا بالاخره مثل شب قدرت نگاهداری پیشاب رانداشته ودراثر کوچکترین وحشتی لباس خود راآلوده میسازند.

درهرحال باید دانست که بی اختیاری پیشاب درنزد این اطفال نظیر بی‌اختیاریهای بالغین یابی‌اختیاریهای علامتی نمیباشد زیرا ادرار کودکان نامبرده بطور دائم وبشکل قطره وخارج ازاراده دفع نمیگردد بلکه پس از ذخیره شدن در مثانه ناگهان وبدون توجه باپرشی طبیعی ویك نواخت بستر ویاشلوارشان راآلوده خواهد کرد.

علت وسبب - گرچه این دسته ازناتوانی های کودکان راذاتی یعنی عاری از علت واضح مینامند اما باوجود این بنابرگفته بازی (۱) و دشامپ (۲) صرف نظر از برخی حالات استثنائی (گاهی بی‌اختیاری دوران شیرخوارگی تاسال هفتم وهشتم ادامه یافته وخود بخودهم خوب میشود) درسایر موارد علت وسببی برای این عارضه میتوان پیدا کرد و هرقدر هم که آزمایش این بیماران کاملتر انجام گیرد از تعداد انواع ذاتی کسالت آنهاکاسته خواهد شد بنحویکه تاهم اکنون علل متنوعی را مسئول بروزاین بی‌اختیاری ها میدانند که مهمترینشان عبارتند از بیماریهای عصبی عضوی وصرع (۳)، سیفلیس ارثی (بعقیده گینون (۴))، بیماریها وعوارض مولد اعمال انعکاسی یا رفلکس(طفیلی های روده‌ای، بزرگی لوزتین، ودرآوردن دندان)، وبرخی بیماریهای دستگاه ادراری مثل تنگی های پیشابراه، تنگی‌های سوراخ ختنه گاه، تغییر خواص شیمیائی پیشاب، وبرخی عفونت‌ها که دربی‌اختیاری

1- Bazy 2- Deschamps 3- Epilepsie
4- Guinon

ادرار بالغین نیز ذکری از آنها بمیان آمد .

اشکال - بعقیده گویون مجموع بی‌اختیاریهای کودکان را بدو دسته مختلف آتونیك (۱) وهیپراستزیك (۲) میتوان تقسیم کرد .

اشکال آتونیك این عارضه آنهائی هستند که بعلت فقدان قدرت عضلانی عاصره غشائی مجرا پیشآمد میکنند (در تفتیش مجرای این کودکان وهنگام دخول یاخروج نوك میل ازاسفنکتر مزبور کوچکترین مقاومتی احساس نخواهیم کرد) بعلاوه خود این اطفال هم ازحال رفته ومات (۳) وآنهائی هستند که رژیم غذائی خوبی هم ندارند چنانچه بعقیده کلن (٤) اغلب این بیماران کوچك را با دستورات خوراکی متناسب میتوان درمان کرد .

اشکال هیپراستزیك این عارضه هم آنهائی هستند که همراه باحساسیت زیاد مخاط مثانه بوده وبالنتیجه مبتلایان رابتکرر ادرار نیز گرفتار میسازند . این دسته ازمبتلایان برخلاف دسته‌قبلی خوابشان سنگین نبوده‌واغلب‌هم‌پس‌ازدیدن خوابهای متناسب بستر خود را تر میکنند و این اشکال همان دسته از بی‌اختیاریهای‌ادراری هستندکه ژانه بنام بی‌اختیاریهای روحی (۵) مینامد .

درمان - برای درمان بی‌اختیاریهای کودکان راه های متعددی پیشنهادشده است که نکات قابل توجه آنها بدین قرارند :

۱) - مرتب کردن تغذیه اطفال مبتلا باین عارضه .

۲) - درمان سیفلیس ارثی درصورت موجود بودن .

۳) - بر طرف کردن عوارض مولد رفلکس مثل کرمهای روده ای ، چسبندگی‌های‌پوست‌ختنه‌گاه وسرآلت‌بیکدیگر،تنگی‌های‌سماخ‌مجرا، تنگی‌های سوراخ ختنه‌گاه ، بزرگی لوزتین ، وژتاسیون آدنوئید ، ترشی زیادی ویاقلیائیت پیشاب وغیره .

1- Atonique 2- Hypersthesique 3- Apathique
4- Collin 5- Incont . psychiques

٤) ـ تعلیم و عادت دادن کودکان بنگاهداری پیشاب و قطع آن بهنگام ادرار کردن .

٥) ـ تجویز برخی از داروها ـ بهترین داروهائیکه در اشکال آتونیك این عارضه تجویز میشوند عبارتند از استرکنین ، نواومیك ، ارگودوسگل ، آهن و عصاره‌رو (١) که از ٣٠ قطره درروز درسه مرتبه شروع کرده و به ٢٠ قطره در هردفعه یعنی ٦٠ قطره درشبانه روز میرسانند

اما داروهائیکه برای جلوگیری از حساسیت زیاد مثانه داده میشوند آتروپین یا بلادون و آنتی پیرین است که بعقیده کومبی (٢) از اولی آنها نتیجه بهتری عاید میگردد (ازمحلول یك درهزار سولفات داتروپین شب اول پنج قطره وهنگام خواب میدهند ، شبی هم یکقطره بآن اضافه میکنند تانسبت بسن طفل بپانزده تا ٢٠ قطره درهرشب برسد) همچنین ممکن است ازشربت بلافولین (٣) (نصف قاشق قهوه خوری برای هرسال طفل) ویادارو های دیگری نیز که محتوی بلادون باشند بخصوص بلرکال (٤) استفاده نمود .

٦) ـ استفاده از درمانهای فیزیکی ـ در این قبیل درمانها گذشته‌ازوسایل مختلفی که برای بیدار کردن کودکان بهنگام ادرار کردن تعبیه شده تزریقات سرم فیزیولوژیك درستون فقرات (یعنی تزریق اپیدورال (٥)) یادرپشت مقعد (٦) ، و یا درناحیه میانین (٧) راباید متذکر شد .

درطریقه اپیدورال یاکاتلن مقدار ده‌سانتیمتر مکعب سرم فیزیولوژیك رادر مجرای استخوان خاجی (٨) تزریق میکنند تاهم بوسیله خاصیت شیمیائی نمك‌طعام وهم دراثر بروز اتساع اعصاب دم‌اسبی رامتاثر نموده و بالنتیجه مراکز مثانی (٩) نخاعی رانیز بیدار و بکار وادار نمایند .

درطریقه ژابولی مقدار ٢٠٠ سانتی مترمکعب سرم فیزیولوژیك رادرفاصله

1- Rhus 2- Comby 3- Bellafoline 4- Bellergal
5- Injection epidurale de Cathelin 6- Inj . retro .rectale de Jaboulay 7- Inj . perinéale de Cahier 8- Canal sacreé
9- Centres vésicaux

بین استخوان کوکسیکس وسطح خلفی راست روده تزریق میکنند تابدین وسیله کششی در روی اعصاب سمپاتیك لگن وارد آورند .

بالاخره درطریقه کایه مقدار هشتاد تا ۱۰۰ سانتی مترمکعب سرم فیزیولوژیك رادر ناحیه میانین ، درزیر جلد ، ودرطرفین خط وسط بنحوی بسرعت تزریق میکنند که برآمدگی های حاصله ازتزریق خیلی زود تشکیل شده ، کششی روی رشته های عصبی مجرا وارد آورده و نسوج سلولی تحت جلدی رانیز بسرعت متسع نماید .

۷) - گذشته ازتزریقات نامبرده که موضع اثرشان دستگاه اعصاب تناسلی و ادراری است وسایل درمانی دیگری نیز در دسترس میباشند که بیشتر آنها روی عاصره غشائی و مثانی مؤثر واقع میشوند مثل گشاد کردن پیشاب راه ، تقطیر نیترات دارژان در مجرا و اجرای معالجات الکتریکی (یك بوژی نوك زیتونی فلزی رابجای قطب مثبت انتخاب نموده ونوك آنرا درموضع اسفنکتر غشائی قرار میدهند وقطب منفی را هم درناحیه میانین یا جدار قدامی شکم گذارده و جریان الکتریکی راوصل مینمایند) .

آخرین اطلاعات درباره بی اختیاریهای ادراری

گذشته ازاقسام مختلفه بی‌اختیاری های ادراری که تذکر داده شده اند در نزد بانوان مسن وبخصوص آنانکه مبتلا بسقوط قسمت قدامی مخاط مهبل هستند(۱) نوع دیگری نیز دیده میشود که آنرا کوولر(۲) درژوئیه ۱۹۴۶ شرح داده وبنام بی‌اختیاری پیشاب بهنگام ایستادن یا انجام‌کاری زور دار (۳) مثل عطسه کردن ، سرفه کردن ، خندیدن زیاد وغیره نامیده است .

علت وسبب - علل مهم پیدایش اینددسته از بی اختیاریها عبارتند از کم شدن قدرت عضلانی عاصره مثانه در اثرضربه‌های زایمانی یا تابس، سرباز نمودن غیرطبیعی

1- Cystocèle 2- R. Couvelaire 3- Incontinence d, urine orthostatique ou liée à l'effort

یکی از لوله های حالب در مهبل (در نوع اخیر که اغلب اوقات با اتساع لوله حالب نیز همراه است بی اختیاری صبحانه بیش از شبانه خواهد بود) ، و بالاخره اختلالات حاصله درکار غدد ترشح داخلی بخصوص درموقع یائسگی .

درمان - برای معالجه بی اختیاریهای ارتواستاتیك بغیر از درمان پزشکی ساده‌ایکه میشون (۱) درشماره ٤٨٥ ماه اوت‌سال ۱۹٤٧ پرس‌مدیکال بوسیله‌ویتامین B_1 متذکر شده (بیماریکه وی تحت نظر داشته بـاسه تزریـق دوسانتی گرم و نیمی ویتامین B_1 دررك که هردو روز یکبار عملی میشده بهبودی یافته ودر دوماه بعدهم یك سری دیگر ازویتامین B_1 دریافت نموده است) اعمال جراحی متعددی نیز پیشنهاد نموده‌اند که مهمترین آنها یکی طریقه سرویکو سیستوپکسی (۲) ، دیگری‌طریقه پرن، سومی طریقه‌لوسیین لژر(۳) ، چهارمی طریقه فرانز و بالاخره پنجمی‌طریقه دبینوت (٤) است .

درطریقه سرویکوسیستوپکسی (معلق نگاهداشتن عنق مثانـه بایك ورقه لیفی) نخست مخاط مهبل رادر زیر مجرای پیشاب عرضاً بریده ولبه فوقانی شکاف آنرا تامجاورت عنق مثانه ازقسمتهای زیرینش جدا مینمایند ، سپس شکم را هم‌در خط وسط وازناف‌تاپائین باز کرده‌ویك ورقه لیفی ازوتر سطح خلفی عضله‌مستقیم بزرك راکه بطول ۱۵سانتی متر و عرض ۵سانتی متر باشد جدا میکنند ، بالاخره سرآزاد ورقه لیفی نامبرده رااززیر عنق مثانه گذرانده وپس ازعبور دادن آن از ضخامت عضله مستقیم بزرك بنحوی به وتر سطح قدامی عضله مزبور میدوزند که عنق مثانه راببالا وجلو بکشاند .

درطریقه پرن (۵) تنها اختلافیکه باطریقه قبلی دیده میشود آنست که‌بجای پیدا کردن عنق مثانه از داخل مهبل پرده صفاق را بالا زده و از راه شکم بآن دسترسی میبابند.

1- P. Michon 2- Cervico - cysto - pexie 3- Lucien Leger 4- Debinotte 5- Perrin

درطریقه لوسیین لژ که در ۱۹۴۶ پیشنهاد شده وساده تر از طریقه پرن نیز میباشد پس از پیدا کردن عنق مثانه از راه شکم چهار نخ مختلف (دونخ طرفی و دونخ قدامی) را بعنق مثانه ثابت نموده و دوسر آزاد هریك ازآنهارادرپشت عانه بورقه لیفی عضله مستقیم بزرك محکم میبندند .

در طریقه فرانز (۱) که بنام لواتور پلاستیك (۲) نامیده میشود پس از پیدا کردن عنق مثانه بطریقه اول عضلات بالا برنده (۳) راهم تقریبا آزاد نموده و از هرکدام ازآنهاورقه پایه داری بخط وسط آورده و بنحوی بورقه مقابلش میدوزند که عنق مثانه را ببالا و جلو بکشاند (در خاتمه عمل مخاط مهبل را نیز مجددا میدوزند) .

بالاخره درطریقه دبینوت که دراوت ۱۹۴۷ گزارش داده شده وتقریبا خلاصه ایست ازطریقه اول قبلا یك قطعه هفت تا ۸ سانتی متری از وتد (۴) گوساله را که بدو سرش قطعه نخی بطول ۲۰ سانتی متر گره زده ومحکم شده است حاضر مینمایند، بعد عنق مثانه رابهمان طریق مذکور پیدا کرده وبا یك کلامپ (۵) (پنس بلندی است که کمی انحناء دارد) از پهلوی آن (مثلا طرف راست) گذشته ونوك آنراز ضخامت عضله مستقیم بزرك راست ودریك طرف خط وسط یعنی در بالای استخوان پوبیس ودرهمان موضعی که شکاف عرضی و بطول چهار سانتی متر در روی جلد شکم بیمار داده اند درآورده ویك سرنخ متصل بتاندون تهیه شده راباآن میگیرند، دراین موقع سرنخ گرفته شده راباکلامپ بداخل زخم کشیده و پس از گذراندن آن اززیرعنق مثانه بوسیله همان کلامپ ازطرف چپ عنق وازسوراخ دیگری که درعضله مستقیم بزرك وقرینه سوراخ اول تهیه شده از حفره شکم خارج مینمایند. بالاخره برای اتمام عمل دوسرنخ متصل به تاندون رادرروی عضلات مستقیم بزرك بنحوی بیکدیگر گره میزنند که تاندون مزبور عنق مثانه را ببالا و جلو بکشاند وپس ازانجام این عمل هم زخم سطحی جلدی ودرون مهبل رامیدوزند .

1- Franz 2- Levatorplastique 3- Releveurs
4- Tendon 5- Clampe

درمان بی اختیاری شبانه کودکان - درمانهای داروئی ، فیزیکی و اساسی بی‌اختیاریهای کودکان که قبلا تذکر داده شده‌اند تاسال ۱۹۴۶ بقوت خود باقی بوده‌اند اما در تاریخ مزبور داروی دیگری برای درمان این دسته از بیماران مصرف نموده‌اند که آنرا ارتدرین (۱)(سولفات دوفنیل آمینوپرویان (۲)) نامیده و تنها از نظر کسر خواب اطفال مفید فایده بوده است. پس از آن در ماه مه ۱۹۴۷ دارگه (۳) نتیجه عمل پرن را که لانژ (۴) وموره (۵) در روی ۳۴ بیمار بمورد آزمایش گذارده بودند گزارش داده ودرضمن آن متذکر شده است که این عمل آنطور که درروی بی‌اختیاریهای ارتواستاتیك موثر واقع میشود در بی‌اختیاریهای شبانه کودکان تاثیری ندارد. بالاخره لن (۶) وسیکار (۷) لامینکتومی را یك معالجه شوك یاروحی تلقی نموده وبطور کلی معتقدند که اسپینابیفیدا تاثیری در بروز اینگونه بی اختیاریها ندارد.

1- Ortedrine 2- Sulfate de phenil amino - propan
3- M. R. Darget 4- Lange 5- Muret 6 - Laine 7- Sicard

ششم ـ عفونت ادراری (۱)

تعریف ـ دخول میکربهای مختلف و یا سموم آنهـا از نقطه غیرمعینی از دستگاه ادراری در بدن علائم و آثاری دارد که بنام عفونت ادراری موسوم است.

علت و سبب ـ علت اصلی و اساسی عفونت‌های ادراری یا رسوخ میکربهائی در دستگاه ادراری است که بتوانند درغیاب هوا زندگی کنند، ویـا دخول همین موجودات ذره بینی یاسموم آنهاست درجریان خون عمومی.

این عوامل میکربی کدامها هستند وچگونه وتحت چه‌شرایطی موجب بروز عفونت میگردند؟

عوامل میکربی ـ تاقبل ازسال ۱۸۸۷ بروزعفونت‌های ادراری یاتبهای ادراری را مربوط با ماس سیاهرگها (فلبیت)، ناراحتی‌های عصبی، دخول پیشاب در خون، و بالاخره آماس گرده‌ها میدانستند امادر همان تاریخ و برای اولین دفعه کلادو (۲) درمثانه بیماران مبتلا باینگونه حوادث موجودات ذره‌بینی متعددی پیدا کرد که درسال بعد آلباران وهاله (۳) همان ها را در خون مبتلایان کشف نموده وبالاخره آشارد و رنولت (٤) بنام کلی باسیل تشخیصشان دادند. گذشته ازاینها درآزمایشهای بعدی هم معلوم گردید که میکربهای دیگری نیزاز قبیل استافیلو کوك، استرپتو کوك، ویـا میکربهای غیرهوازی ممکن است در بروز عفونت‌های مزبور دخالت داشته باشند.

چگونگی ورود میکربها درخون و بروز تب ـ میکربهای مولـد بیماری و سموم آنها یاخود بخود و بدون واسطه ازمخاط مجاری ادراری گذشته وواردخون میگردند ویا پس‌ازیك عمل‌جراحی یاانجام آزمایشی ازدستگاه نامبرده بداخل آن راه می‌یابند.

دخول خودبخودی عوامل میکربی درخون اغلب نزدمبتلایان بآماس محیط پیشابراه (دمل‌های ادراری وارتشاح ادراری)، تنگی‌های پیشابراه، ومبتلایان بعظم

---

1 - Infection urinaire 2 - Clado 3 - Aldarran et Hallé
4 - Achard et Renault

برستات دیـده میشود . نزداولین دسته این بیماران عفونت موجوده درمحیط مجرا باطراف منتشر شده و کم کم بداخل خون‌راه مییابد درصورتیکه در نزد دیگران میکربهای‌محتوی درپیشاب باقی‌مانده(رزیدو) اززخمهای کوچك موجوده‌درجدار مثانه عبور کرده وخون راآلوده میسازند .

اما کارهای جراحی ویا آزمایشهائی که ممکن است عوامل میکربی نامبرده رابدرون‌خون بفرستند میل‌زدن‌های مجرا(برای‌اتساع، تفتیش، ویاگرفتن‌پیشاب)، برشهای طولی داخل مجرا (اورتروتومی)، سنك شکنی‌ها (۱) وغیره میباشند کـه خراشهائی درجدار مجرا و یا مخاط مثانه بوجود میآورند .

بهر حال پس‌از هریك ازاین‌اعمال‌ممکن‌است میکربهای موجوده درپیشاب یامیکربهائیکه ازخارج برده شده‌اند (عدم رعایت گندزدائی) ویاآنهائیکه درغدد ترشحی‌جدارمجراوجوددارند (مواقعی که رعایت گندزدائی کامل‌میشود ولی‌بازهم تب ادراری عارض‌می گردد) دراولین تخلیه مثانه وارد درترکهای نامبرده‌شده‌واز آنجابدرون‌اجسام‌توخالی(۲) یاجسم‌اسفنجی یعنی بدرون سیاهرگها منتشر گردند.

نشانیها ـ بنابر طبقه‌بندی گویون(۳) عفونتهای ادراری یابشکل بیماریهای تب‌دار ویا بشکل اختلالات گوارشی شدید جلب‌توجه مینمایند .

۱) ـ تب‌های ادراری ـ تب‌های ادراری برحسب شدت‌تب وسیر وعاقبتشان بسه شکل مختلف‌حاد(٤)، طولانی(٥) ومزمن تقسیم میشوند .

الف ـ شکل‌حاد تب‌های ادراری- دراین اشکال ازبیماری که بعقیده گویون نتیجه ورودسموم میکربی درخون میباشند حمله تب‌منحصر بفرد، شدید، زودگذر، وعاقبت بخیراست. شروع اینگونه تب‌های ادراری بالرزی است که مدتش ازچند ثانیه تادوساعت متغیر وشدتش گاه باندازه‌ای است که‌تخت بیماررا بلرزه‌درآورده واطرافیان وی‌را متوحش میسازد. درپایان این‌دوره بتدریج حس گرما ظاهرشده، درجه حرارت بیمار به ۳۹/٥تـا ٤٠ رسیده، وشدت تب بنحوی اورا میسوزاند که صورتش برافروخته وچشمانش درخشان میگردد. بالاخره دوره سوم بیماری‌یعنی

---

1 - Lithotritie 2 - Corps cavarneux 3 - Guyon
4 - Aigue 5 - prolongé

دوره عرق پس از ۲۴تا۴۸ ساعت ازشروع بیماری فرارسیده ودر این هنگام چنان عرقی از بدن بیمارسرازیر میگردد که بالاپوش وتشك وی را کاملا خیس مینماید . این عرق عرق صحت است و بیمار با گذراندن دوره آن کاملا شفا مییابد، اما گاهی هم درضمن این حمله تب بعوارض دیگری مبتلا میشود که مهمترینشان عبارتند از تنك نفس، هذیان بهنگام تب، نامنظم شدن ضربانات دل (۱)، وبالاخره اختلالات گوارشی شدید مثل اسهال واستفراغ .

ب ـ شکل طولانی تب‌های ادراری ـ این اشکال از بیماری که دراثر دخول میکربهای مولد مرض درخون پیشامد میکنند یا دارای حملات متعددی هستند که درفواصل کوتاهی تکرار میشوند، ویا تنها یك لرزابتدائی شدید ومنحصر بفردی دارند که تب بعدی آن ادامه یافته و بجای قطع شدن زیاد و کم میگردد بنحویکه گویون توانسته است صفات مشخصه آنها رادر یك جمله چنین خلاصه نماید :

« لرز این بیماران اغلب منحصر بفرد وشدید ، تبشان نامرتب و دائمی ، و عرقشان ناقص و موضعی است » .

عوارض حاصله از این قبیل تب های ادراری حتمی ، طولانی و وخیمند و مهمترینشان هم عبارتند از اختلالات گوارشی شدید و همراه بابرفك دهان ، برنکوپنومونی وسپتیکوپیوهمی (۲) ازقبیل فلگمونهای مختلف ، آماس غدد نکفیه (۳) وآماس مفاصل. منتهی آنچه که واقعاً وخامت بیماری را محرز میکند طولانی بودن، نامرتب بودن، وبالا رفتن تدریجی ومنظم شبانه تب بیمار است که بالاخره درعرض یك یا چند هفته وی را باپیلونفریت دوطرفه وخطرناك تلف مینماید .

ج ـ شکل مزمن ـ اشکال مزمن عفونت‌های ادراری که بعلت دخول سم‌های میکربی درخون و فساد تدریجی نسج گرده و از بین بردن قدرت دفع آنها عاقبت وخیمی دارند یادر دنبال اشکال طولانی تب‌های ادراری ویا بدون حمله آشکاری دامنگیر بیمار میگردند .

دراین دسته از عفونتها میزان حرارت بدن بیمار صبح درحدود ۳۷/۵ وعصر درحدود ۳۸تا۳۹ درجه تغییر نموده وهیچگاه ازاین حد تجاوز نمی‌نماید. گذشته‌از

---

1 - Arythmie 2 - Septico - pyohémie 3 - Parotidite

این گاهی هم‌حرارت بیمار سیر قهقرائی کرده وحتی از ۳۷ درجــه هم‌پائین‌تر میآید زیرا بنابر گفته گویون دراینگونه‌موارد عوامل‌مختلفه مسمومیت،عفونت، و بیغذائی باندازه‌ای بیماررا ناتوان میکنند که قدرت تب کردن‌را نیزاز وی‌سلب مینمایند.

گذشته ازتب عوارض دیگر یکه توجه پزشك و بیماررا بخود جلب مینمایند اختلالات گوارشی هستند زیرااین بیماران‌نسبت بغذابی‌اشتها بوده، زبانشان خشك وقرمزشده، وترشحات‌بزاقشان‌باندازه‌ای کم‌میشود که‌موجب‌اشکال‌دربلع میگردد (عسرالبلع دهانی گویون)(۱). باپیشرفت عوارض مزبور وبدی حـالت عمومی هم سوءالقنیه ادراری یعنی ضعف و لاغری ، زردی پوست وخشکی آن ، و بـالاخره هیپوترمی ظاهرشده وبیمار را دیریا زود بسرنوشت موحشی گرفتار میسازد .

۳) اشکال هاضمه‌ای عفونت‌های ادراری-اختلالات گوارشی‌درتمام‌اشکال مختلفه عفونت‌های ادراری کم یابیش‌مزاحم بیمار ند امادر برخی ازموارد بخصوص هنگامیکه مسمومیت ادراری همراه باعفونت نباشد ویا ضعف وناتوانی بیمار مانع ازبروز تب‌باشد شدت این‌عوارض بحداعلی رسیده‌وتنها علائمی که جلب توجه‌بیمار وپزشك را مینمایند همین اختلالات گوارشی میباشند .

بنابر توصیه گویون اگرزبـان بیماران ادراری را هرروزه مشاهده نمایند شروع اختلالات گوارشی وپیشرفت‌آنها را بخوبی متوجه میگردند زیرا درمقدمه مسمومیت حاشیه‌زبان‌این بیماران قرمز برافروخته، زمینه‌آن‌دارای دانه‌های سفید، ومجموعاً کمی خشك است اما دردوره های بعدی بهراندازه که مسمومیت ادراری شدیدتر باشد قرمزی‌زبان وخشکی‌آن نیززیادتر شده‌ودرپایان کسالت هم‌مخاطش خشبی وحرکاتش‌محدود ومشکل میگردند (زبان طوطی)(۲)؛ بعلاوه چون‌همراه با این‌خشکی زبان حفره دهان نیز بعلت کسر ترشح بزاق رطوبت خـودرا ازدست میدهد عمل‌بلع بسختی انجام گرفته وهمان عسرالبلع دهانی گویون بوجود میآید .

گذشته ازشکل دهانی مزبور گویون شکل دیگری ازاختلالات گوارشی را شرح داده کـه آن‌شکل معدی روده‌ای است. دراین شکل بیماراز قی واسهال

1 - Disphagie buccale de Guyon
2 - Langue de perroquet

شدیدی که منجر بضعف فوق‌العاده، بی‌غذائی، و بالاخره کاشکسی میگردد شکایت دارد. گاهی هم برعکس یبوست مزاج فوق‌العاده شدیدی وضعیت بیماررا بدتر و وخیم‌تر مینماید.

درمان - برای جلوگیری از پیدایش عفونت های ادراری رعایت نکات چهارگانه‌زیرواجب ولازم‌میباشد.

۱) ـ رعایت کامل گندزدائی.

۲) ـ رعایت حزم واحتیاط وملایمت درمیل زدن‌های مجرا.

۳) ـ گذاردن‌میل متمکن درمجرا پس‌ازاورتروتومی داخلی وسنك‌شکنی.

۴) ـ بالاخره تجویز یك داروی ضدعفونی کننده ادراری ازداخل در روز عمل وروزهای ماقبل وما بعدآن.

اما برای مبارزه باتب‌های ادراری ممکن است‌درمانهای پزشکی یاجراحی ویا هردوی آنها رامورد استفاده قرارداد.

درمان‌های پزشکی - علاوه‌برتخلیه‌روده‌های بیمار بوسیله مسهل‌های نمکی و تسهیل عرق بوسیله مشروبات گرم وفراوان؛ داروهـای ضدعفونی کننده عمومی و ادراری بخصوص سولفامیدها وپنی‌سیلین وسائل درمانی مؤثری میباشند.

درمانهای جراحی- درمان جراحی تبهای ادراری ازبین‌بردن مراکزعفونت وممانعت ازرکود ادرار عفونی است درسرتاسر دستگاه ادراری:

اگرمرکز عفونت‌آماس محیط‌مجرا یامحیط مثانه(۱)باشدآنهارا میشکافند.

اگرمرکز عفونت درمثانه باشد میل‌متمکن درمجرا گذاشته وهر۲۴ یـا۴۸ ساعت آنرا عوض‌میکنند.

بالاخره اگرمرکز عفونت درلگنچه ویا گرده باشدیا میل‌متمکن (در مثانه یا میزنای) گذارده و یا نفروستومی مینمایند تا آنکه بدین وسیله اعضاء مزبور ومراکزمذکوررا زه کشی کامل نموده واز رکود عوامل‌عفونت‌درآنهاجلوگیری کرده باشند.

1—Périuretrite ou péricystite

هفتم - عفونتهای کلی باسیلی دستگاه ادراری (۱)

گرچه وجود کلی باسیل دردستگاه ادراری نادر واتفاقی نیست اما با وجود این امکان مرضی بودن آن بستگی کامل بشدت میکرب ، وضعیت مرضا ، و قدرت ومقاومت دستگاه ادراری خواهد داشت . بنابر گزارش لانژ(۲)(بردو) درماه مه ۱۹٤۸ این شکل ازعفونت‌ها را بدو دسته مختلف عفونتهای کلی باسیلی خالص و عفونت های کلی باسیلی ثانوی میتوان تقسیم کرد .

۱) - عفونتهای کلی باسیلی خالص (۳)

این دسته ازعفونتهای کلی باسیلر که روی یك دستگاه ادراری سالم پیدا می‌شوندممکن است باشکال مختلف پیلو نفریت حاد (معمولی،شدید، وپس‌ازحاملگی) آماس حاد مثانه (سیستیت)، واور کلی اپیدیدیمیت جلب‌توجه نمایند .

۲) - عفونتهای کلی باسیلی ثانوی(۴)

این‌دسته‌ازعفونتهای کلی باسیلرهم که توأم باضایعات دیگردستگاه ادراری هستند باشکال‌مختلف‌پیلو نفریت‌ویاسیستیت‌جلب‌توجه‌مینمایندمنتهی‌دراینگونه‌موارد بیماریهای موجوده دردستگاه ادراری ویا مراکز عفونت موجوده درخارج ازاین دستگاه مانع ازبهبودی عفونت وموجب ادامه پیدا کردن آن میگردند .

عوامل‌مؤثر دربرقراری عفونت- مهمترین عواملی که‌موجب ادامه‌پیلونفریت های کلی باسیلر میباشند عبارتند از سنك گرده ، ناهنجاری های مجاری ترشحی ادرار، ئیدرونفروز، خمیدگی لوله حالب، موانع موجوده درلوله حالب، آدنوم - پرستات، بیماری عنق مثانه(۵)، دیورتیکول‌مثانه ، بیماریهای دستگاه تناسلی زنان (عفونی، تومورال، وضربه‌ای)، اتساع حالب ولگنچه بهرعلتی که باشد ، وبالاخره عفونتهای روده‌ای (مخصوصاً قولون راست) و بیماریهای روده‌ای مزمن (٦) .

---

1 - Colibacillose 2 - Lange (Bordeau)
3 - Syndromes colibacillaire pure 4 - Synds·colibacil· secondaire 5- Maladie du col de Heitz - Boyer 6 - Synd·entero - reinal

مهمترین عواملی هم که موجب ادامه سیستیت‌های کلی باسیلر هستند مجموعه عواملی میباشند که بدی دفع پیشاب ور کود آنرا درمثانه سبب میگردند مثل آدنوم پرستات، سنك مثانه، دیورتیکول مثانه وتومور های عفونی شده آن، وهمچنین منابع عفونت های روده‌ای (درنزد این دسته از بیماران گاهی اوقات تنهایك آزمایش ساده مثانه‌و مجرای پیشاب عفونت کلی باسیلر راظاهر میسازد).

اشکال مختلفه کلی باسیلوز (۱) - گذشته از اشکال مختلفه ادراری این عفونت شکل تناسلی آن نیز که بطور اولیه و یا ثانوی ظاهر میشود حائز اهمیت میباشد .

تشخیص ورم بیضه های کلی باسیلر یعنی آنهائیکه پس از آزمایشهای پیشابراه ومثانه و یا اعمال جراحی کوچك روی آنها درنزد اوریترها (۲) پیدا میشوند آسان است اما وسیله تشخیص ورم بیضه های اولیه کلی باسیلر از ورم بیضه های سوزاکی و سلی نبودن سایر علائم سوزاك ، سلامت بودن کوردون (بند بیضه) و پرستات وبالاخره بهبودی خود بخود بیماری خواهد بود .

سیر وعاقبت - سیر وعاقبت عفونتهای اولیه کلی باسیلر بستگی کامل بشدت میکرب وحالت عمومی بیمار دارد. عفونت های ثانوی آن‌هم یامولد یك پیلونفریت میباشند که احتیاج بجراحی خواهد داشت، ویا مسبب بروز پیونفروزی میگردند که بعلت دو طرفه بودن خطرناك ووخیم است (در آدنوم پرستات ، تومورها و فیستول های مثانه) ، یاپیونفروزساده‌ای را (بدون از بین رفتن نسج گرده) موجب میشوند که بیشتر اوقات‌درسنگهای گرده‌وئیدرونفروزهای عفونی شده وقدیمی قابل ملاحظه‌میباشند ویا بالاخره‌مسبب‌پیدایش یك پری نفریت میگردند که برحسب سیر بیماری عاقبتش کم یازیاد وخیم خواهد بود .

درمان - ۱ - نظریه از (۳) (تلوز) .

قبل ازاقدام بمعالجه کلی باسیلوز لازم است که تشخیص قطعی آنرا مسلم

1- Formes cliniques de colibacillose 2- Urinaires
3- A. Lhez (Tolouse)

نموده و مشخص کرد که آیا ضایعات دیگری نیز باآن همراهند یاخیر زیرا اگر بنا باشد که باپیدا کردن عده‌ای کلی باسیل درآزمایش مستقیم یاکشت ادرار تشخیص کلی باسیلوز راقطعی‌دانسته وضایعات دیگری راکه ممکن است باآن همراه باشند تجسس ننمایند موجب پشیمانی خواهد شد .

بعقیده مؤلف درمان کلی باسیلوز شامل دو قسمت جداگانه است که قسمت اول‌آن مربوط بخود کلی باسیل وبنام درمان‌اساسی معروف وقسمت دوم‌آن‌مربوط بضایعات همراه باکلی باسیلوز ویا مولد آن خواهد بود .

درمان اساسی‌وعمومی- نکته اولیه درمان اساسی کلی‌باسیلوز مبارزه‌برعلیه یبوست است .

برای‌توقف‌های(۱) قولون چپ بلادون،ژوسکیام، بیسموت ، وموسیلاژ(۲) وبرای توقف های قولون راست دارو های ملین و کم کردن حجم مدفوع مؤثر میباشند . تغییر دادن متناوب خاصیت شیمیائی ادرار ، تجویز دارو های ضد عفونی کننده روده‌ای وضد طفیلی ، معالجه کردن بیماری های روده‌ای از قبیل آپاندیسیت ، مگاکولون(۳)، بواسیر وسوزاك وغیره نیز کمك مؤثری دراین باره خواهد بود .

نکته دوم‌این‌درمان هم حمله‌ور شدن بخود میکرب است بوسیله سرم‌آنتی- کلی‌باسیلر،واکسیناسیون (بخصوص‌استوك واکسن دراشکال مزمن) ، سولفامیدها (بخصوص‌سولفاتیازول بادرمان چهار پنج روزه که ازروزی پنج تاشش گرم‌شروع کرده وبتدریج ازمقدارآن کم میکنند) ، واسترپتومیسین (٤) (پنی‌سیلین در روی کلی باسیل تاثیری ندارد) . گذشته ازاین درفوریه۱۹٤٦هم گوورنور(٥) گزارشی را منتشر نمود که طبق آن عده ای از متخصصین منجمله الیویه و بالانشون (٦) ۲٤ بیمارمبتلا به کلی‌باسیلوزراباخوراندن‌باسیل‌سوبتیلیس(۷)وتزریق‌داخل‌مثانه‌ای

1- Stases 2- Mucilage 3- Megacolon ٤-Streptomycine
5- R. Gouverneur 6- Olivier et E. Balanchon
7- Bacille subtilis

آن (پنج میلی گرم از جسم میکربی) معالجه نموده و نتایج رضایت بخشی هم بدست آورده اند .

درمان کلی باسیلوزهای موضعی - پیلو نفریت های اولیه وزود گذر و همچنین پیلو نفریت های دوره حاملگی که پس از زایمان بهبودی میپابند با استرپتومیسین وسولفامیدها بانضمام درمانهای گوارشی واسید کردن پیشاب شفامیپابند .

پیونفروز وپری نفریت های کلی باسیلر علاوه بردرمان اساسی عمل جراحی لازم دارند .

سیستیت های حاد کلی باسیلروزود گذر بادرمان های اساسی بهبودی میپابند اما پری سیستیت های کلی باسیلر علاوه برمعالجات دوائی درمان جراحی نیزلازم خواهند داشت .

بالاخره کلی باسیلوز های تناسلی مثل پرستاتیت ، پری پرستاتیت ، وورم بیضه بااستراحت وتجویز سولفامید وواکسن و در صورت احتیاج استرپتومیسین قابل معالجه بوده واورتریت های حاصله از آن هم بامعالجات معمولی بهبودی میپابند .

درهرحال اگر معالجات اساسی وموضعی نامبرده در بهبود وضع بیماری مؤثر واقع نگردند باید علت ادامه هریك از آنها را که قبلا تذکرداده شده است تجسس نموده وبمعالجات واقعی آنها پرداخت .

۲) - نظریه آورسنك (۱) (تولوز) .

مؤلف مزبور پس ازشرح وبسط مفصلی که درباره دارو های ضد عفونی کننده داده وتجویز آنهارا برای عناصر سلولی بدن مضر میداند درمان او مئوپاتیك (۲) (درمان بیماری بوسیله داروها وموادیکه بدن میطلبد) راتمجید نموده و این جمله رااز کلود برنارد (۳) نقل مینماید .

«دارو وسم تنها اختلافیکه دارند روی مقدارشان است . زهر وویروس هم

1- Aversenq 2- L, homoeopatique
3 - Claude Bernard

تنها اختلافی که دارند ازاصل ومنبعشان است .

درپایان مقاله خودهم متذکر میشود که برای از بین بردن کلی باسیلوز مثل سایر بیماریها تغییر دادن زمینه بیمار اهمیت فوق العاده‌ای دارد زیرا این بیماری نیز مثل سایر کسالت‌هازمینه‌مبتلایان‌را دگرگون‌نموده‌و بهمین‌علت‌هم کلی باسیلوزهای ثانوی پس از رفع علت‌اولیه شان باز ادامه پیدا کرده و با وجود درمانهای داروئی مفصل بهبودی نمییابند .

درهرحال چون مؤلف مزبور معتقد است که این تغییر زمینه تنها بوسیله معالجات اومئوپاتیك میسر میباشد لذا درمانهای گوارشی‌وتزریق‌واکسن‌راپیشنهاد نموده وبخصوص راجع به‌استفاده ازاسترپتومیسین سفارش مینماید زیرا وی عقیده دارد که آنچه که بیشتر در مورد کلی باسیلوز موجب مزمن شدن بیماری میگردد زمینه مخصوص توبر کولینیك (۱) است (منظور اززمینه توبر کولینیك زمینه سلی ودوره ماقبل سل نیست بلکه منظور مسموم بودن بدن ازسم باسیل دوکخ‌میباشد درصورتیکه کوتی‌ر آکسیون نیز جواب‌مثبت ندارد) که‌آنهم‌باتزریق‌استرپتومیسین تغییر نموده وباالنتیجه بدن راازشر کلی باسیل خلاص می‌سازد .

۳ ـ درمان با سولفامید تنها .

بنا بر گزارش دوسو (۲) در مارس ۱۹٤۸ سولفاگوآنیدین (پاراآمینو ـ فنیل‌ـسولفامیدو ـ گوآنیدین) برای درمان کلی باسیلوز از بهترین سولفامید ها است .

نامبرده در گزارش خود متذکر میشود که چون سولفاگوآنیدین از جدار روده بتأنی جذب میشود ،غلظتش درخون زیاد نمیگردد ، (بعد ازمصرف ۱۲ گرم سولفاگوآنیدین مقدار سولفامید موجوده درهر ده‌سانتی متر مکعب ازخون بیش از۲تا۳ میلیگرم نخواهد بود) سرعت دفعش از راه پیشاب فوق العاده زیاد است ، (۹۵ درصد ازمقدار جذب شده دردو ساعت اول دفع میگردد) وسمیتش هم ناچیز

1- Tuberculinique   2- R. Dossot

وغیر قابل اهمیت است لذا میتوان آنرا بمقدار زیاد و با کمال اطمینان در دو وحله (صبح وعصر) در ۲٤ ساعت مصرف نمود .

بالاخره طبق آزمایشهائیکه نامبرده درروی یکصد نفر از بیماران مبتلا بسوزش وتکرر ادرار و گاهی هم پیوری (سیستیت) بعمل آورده تجویز ده گرم سولفا گوآنیدین (۲ گرم صبح و ۲ گرم عصر) برای یك دوره معالجه این بیماری کافی و نتایج حاصله از آن نیز کاملا رضایت بخش خواهد بود .

۴- درمان بااسترپتومیسین تنها .

طبق ابسرواسیون های منتشره بوسیله تروك و برینگر (۱) استرپتومیسین بهترین داروئی است که برای درمان کلی باسیلوز های دستگاه ادراری و تناسلی میتوان مورد استفاده قرار داد .

آخرین اطلاعات درباره کلی باسیلوزهای موضعی

۱) **- اتساع کلی باسیلر لگنچه** - هانری دوورژی (۲) بیماری مبتلا به کلی باسیلوز را که ازدرد پهلو شکایت داشته، گرده اش درملامسه بزرك بوده ، و اوروگرافی (۳) هم اتساع لگنچه‌اش رامحرز نموده پس ازدرمان پزشکی مجدداً اوروگرافی کرده‌ودیده است که حجم لگنچه باندازه طبیعی برگشته است . نامبرده پس از آزمایش مزبور و آزمایش های دیگر دراین باره چنین اظهار نظر مینماید «۱- در کلی باسیلوز علاوه بر آنکه عامل عفونت موجب اتساع لگنچه میباشد (مطابق قانون فیزیولوژیکی مخاط هرعضوی که ملتهب باشد عضلات زیر آن کم یا زیاد فلج میشوند) مسمومیت از سم کلی باسیل نیز عمل مهمی را عهده دار است . ۲- اتساع هائی از لگنچه که دراثر وجود سنك یاتومور (٤) پیدا شده باشند پس از رفع علت حقیقی بحال طبیعی برمیگردند . ۳ - اختلافی که بین این قبیل اتساعات و ئیدرونفروزهای حقیقی وجود دارد همیشگی بودن اتساع ئیدرونفروز وموقتی بودن دیگران میباشد .»

1- Truc et Bringer 2- Henry Duvergey 3- Urétero-pyelographie intraveineuse 4- Dilatation mécanique

۲) – پیونفروز کلی باسیلر – تروك(۱) (مونت پلییه)در ۱۹۴۷ ابسرواسیون بیماری را منتشر نموده که به پیونفروز گرده راست وسنك حالب چپ مبتلا بوده است، برای قطع تب و امکان عمل جراحی بیمار چون تزریق پنی سیلین مفید فایده نگشته اورا تحت درمان بااستر پتومیسین قرار میدهند : پس از ده روز معالجه بااستر پتومیسین وقطع تب سنك حالبش را درمیآورند ومجدداً تاده روز دیگر هم اورا تحت درمان بااستر پتومیسین میگذارند. بالاخره پس از این درمان مجدد هنگامیکه گرده راست بیمار را برمیدارند کوچکترین اثری از چرك در حفرات آن نمییابند .

۳) – سیستیت های کلی باسیلر – دارگه(۲) مبتلایان به سیستیت کلی باسیلر را بدو دسته تقسیم مینماید .

دسته اول بیمارانی رامیگوید که ادرارشان محتوی مقدار ناچیزی کلی باسیل بوده امامنشاء اصلی ناراحتی هایشان قلیائی بودن زیاد پیشاب ویا بدکار کردن تخمدانها وغیره میباشد .

دسته دوم هم بیمارانی رامیداند که واقعاً بعلت وجود کلی باسیل ناراحت بوده وعلت طولانی شدن کسالتشان هم ممکن است سنك مثانه ، سل وسرطان ویا بیماریهای دیگر این عضو باشد .

درمان بیماران دسته اول آسید کردن پیشاب ومعالجه عیب تخمدانی ودرمان دسته دوم هم درصورت عدم موفقیت بامعالجات معمولی انفیلتراسیون پلکسوس هیپوگاستریك بانووکائین (۳) ویا قطع آنها خواهد بود .

۴) ورم بیضه های کلی باسیلر – هانری دورژی (٤) راجع بورم بیضه های کلی باسیلر چنین مینویسد :

این بیماری بیشتر اوقات در نزد کسانی دیده میشود که به آنتروکولیت (٥) مبتلا بوده ویا یبوست مزاج دائم دارند .

در نزد این بیماران پس از رسیدن کلی باسیل به اپیدیدیم از راه خون ویامجاری

1- E. Truc 2- R. Darget 3- Infiltration novocainique du plexus hypogastrique 4- H. Duvergey 5- Entérocolite

برنده (۱) علائم وآثاری ظاهر میشود که یانظیر یك ورم بیضه حاد سوزاکی و یا مشابه یك ورم بیضه مزمن سلی خواهد بود .

درمعاینه این مبتلایان هسته هائی درروی اپیدیدیم دیده میشود که یا در یك قسمت ویا درتمامی طول آن وروی یك زمینه التهابی منتشر بوده و ممکن است با آماس وورم کیسه های منی وپرستات نیز همراه باشند .

اپیدیدیمیت های مزبور خاصیت عود زیادی داشته واغلب اوقات هم بچرك مینشینند (درچرکشان کلی باسیل وجود خواهد داشت).

تشخیص افتراقی اپیدیدیمیت های کلی باسیلر از ورم بیضه های سوزاکی باوجود گنوکوك وعدم اختلالات رودهای دراین آخری ، از ورم بیضه های سلی باضایعات سلی دستگاه تناسلی ونتیجه آزمایش پیشاب ومایع ئیدروسل ، واز ورم بیضه های استافیلوکوکسیك باوجود استافیلوکوك درترشحات مجرا وچرك دمل حاصله داده خواهد شد .

درمان اپیدیدیمیت های کلی باسیلر هم شامل یك درمان موضعی ویك درمان عمومی است که اولی آن باکمپرس گرم موضعی ومالیدن دارو های ضد احتقان و بستن بیضه بند ، و دومی آن با تجویز سولفامیدها وبخصوص استرپتومیسین قابل اجرا است .

1- Canal deferant

هشتم ـ آزتمی (۱)

تعریف ـ احتباس و رکود اوره یا ترکیبات آزته مشابه آن در بدن علائم و آثاری‌را بوجودمیآورند که‌مجموعه آنهارا تحت‌عنوان آزتمی ویا اورمی‌میتوان بررسی نمود.

علت و سبب ـ گرچه نتیجه غائی و نهائی اغلب بیماریهای دستگـاه ادراری و بخصوص گرده‌ها پیدایش اورمی یـا آزتمی است اما بـا وجود این آن دسته از بیماریهای دستگاه مزبور که بیشتر به‌چنین عارضه‌ای منتهی میگردند احتقان های گرده (درآسیستولی)، آماس‌های گرده ولگنچه (پیلونفریت‌ها)، نفریتهای مزمن (مال دوبرایت)، سنگ و سرطـان گرده ، انفار کتوس و استحاله نشاسته‌ای نسج گرده (۲)، انسداد لوله‌های‌حالب دراثرسنگ ویا فشرده‌شدن‌آنهابعلت‌تومورهای لگن خاصره بخصوص سرطان زهدان ، آدنم پری اورترال و تنگی‌های پیشابراه میباشند .

گذشته‌ازاین عوامل‌مرضی تأثیراعمال جراحی‌نیز دربروز اورمی‌ها غیرقابل انکار و بنحوی است که لوگو(۳) عمل های جراحی را یکی از علل مهم پیدایش اورمی‌های حاد محسوب میدارد .

بالاخره اگرعوامل مستعد کننده‌ای‌هم نظیر سرماخوردگی ، خستگی‌زیاد ، ناپرهیزی غذائی ، و یا سبب‌های دیگر مولد احتقاق‌گرده دخالت نمایند بر سرعت پیدایش نشانی‌های اورمی افزوده خواهد شد .

نشانی‌ها ـ گذشته از حالاتیکه نشانیهای اورمی نـاگهان و بـدون علائم مقدماتی ظاهر میشوند در سایر موارد سردرد ، سرگیجه ، صدا کردن گوش ها ،

---

1 - Azotemie 2 - Dégénérescence amyloïde
3 - Legueu

کم‌نورشدن چشم‌ها ، کورشدن های ناگهانی ، و یا بالاخره اسهال و استفراغ و چرت‌زدن پیش‌قراولان این‌عارضه خطرناك میباشند .

بهرحال پس‌از برقراری این‌عارضه اختلالات گوناگونی درجهازات مختلفه عصبی ، تنفسی ، وگوارشی بوجود میآیدکه علائم و آثارشان عموماً توأم با یکدیگر وگاهی هم بعلت شدت یافتن یك‌دسته‌از آنها بشکل‌مخصوص‌اورمی‌عصبی یاتنفسی‌و یاگوارشی جلب‌توجه مینمایند .

۱) ـ نشانیهای عصبی ـ مهمترین علائم عصبی اورمی‌ها عبارتند از تشنجات عضلانی ، هذیان گوئی‌ها و اغماء که در صورت شدت یافتن هر یك از آنها شکل مخصوصی از اورمی‌های عصبی (تشنجی ، هذیانی و اغمائی) بوجود میآید .

تشنجات‌عضلانی گاه محدود ، گاهی‌عمومی (شبیه به‌صرع)، و گاهی هم‌شبیه به‌تشنجات کزازی(۱) بوده و بیشترهم‌نزداشخاصی‌دیده‌میشوند که به‌نفریت‌های‌مزمن همراه با ورم مبتلا میباشند .

هذیان گوئی در دوران اورمی اغلب حاد و شدید ، برخی اوقات مختصر و مزمن ، وگاهی هم ناگهانی و بشکل دیوانگی است .

بالاخره بیهوشی و اغماء حاصله از اورمی که خود یا ناگهانی و یا تدریجی است علائم و آثاری دارد کـه مهمترینشان عبارتند از تنفس های سریع یا بشکل شین‌استوکس(۲)، نبض‌ضعیف، حرارت کمتر‌ازطبیعی، دست‌وپای‌سرد، مردمك های تنگ (۳) و یا طبیعی که نسبت به نور واکنشی نشان نمیدهند، و بالاخره عدم وجود تشنج و انقباض در عضلات(٤) .

۲)ـ نشانی های تنفسی ـ تنگ نفس که‌مهمترین اختلال تنفسی اورمی را تشکیل میدهد گاهی بشکل سرعت حرکات تنفسی ، گاهی بشکل تنگ نفس‌های عصبی(آستم)، وگاهی‌هم بشکل شین‌استوکس درمیآید اما درهرحال علت‌پیدایش آنرا ورم‌شدید شش‌ها (همراه بارالهای کرپیتان)، یاکم‌شدن‌ظرفیت تنفسی گویچه های‌قرمز ، یامسمومیت‌مراکز‌تنفسی ، ویا بالاخره‌تشنج‌عروق‌خونی شش‌هامیدانند .

1–Convulsions toniques   2 – Cheyne–Stokes

3 – Myosis   4 – Resolution musculaire

تنفس‌شین‌استوکس ـ این شکل از تنفس‌ها دارای سه‌مرحله مشخص کننده می باشد .

مرحلهٔ اول یا مرحله قطع حرکات تنفسی(۱) ـ در این مرحله قفسه صدری در وضعیت متوسطی بیحرکت مانده و نفس بیمار قطع میشود .

مرحله دوم یا مرحله شدت حرکات تنفسی(۲) ـ چندثانیه پس از مرحله اول تنفس بیمار شروع شده ومرتبا برسرعت و شدتش افزوده میگردد .

مرحله سوم یا مرحله بطئی حرکات تنفسی(۳) ـ پس‌از آنکه سرعت‌وشدت حرکات‌تنفسی بحداعلای خود رسیدند قوس نزولی‌را طی کرده، بطی و کوتاه‌شده، و بالاخره قطع میگردند .

۳) ـ نشانیهای گوارشی ـ مهمترین‌نشانی‌های گوارشی دراورمی‌ها عبارتند از عسرالبلع ، استفراغ و اسهال .

عسرالبلع که‌همان‌سوءهاضمه‌دهانی گوبون‌یااورمی‌دهانی‌لانسرو(٤)است‌بعلت کمی‌ترشح‌بزاق‌ووجودترشحات مخاطی‌غلیظ و چسبنده‌عارض‌ومزاحم‌بیمارمیگردد.

استفراغ‌های بعلت‌اورمی که عموما صفراوی‌هستند روزی دوسه‌مرتبه‌عارض شده و با بی‌اشتهائی بغذا بخصوص‌نسبت بگوشت و غذاهای جامد همراه میباشند .

بالاخره شکم روش‌های حاصله از اورمی که مزمن و مفیدند(٥) در پایان بشکم‌روش‌های خونی شدید و توام بـا زورپیچ های طاقت‌فرسا تبدیل میگـردند (بعلت پیدایش زخم‌هائی در روده بزرگ) .

علل اصلی پیدایش نشانیهای اورمی (پاتوژنی) ـ راجع بعلل پیدایش نشانی‌های مزبور در اورمی‌ها فرضیه‌های متعددی بیان شده که مهمترینشان یکی فرضیه کالبدشناسی و دیگری فرضیه شیمیائی است .

---

۱ – Periode d'apnée

۲–Per· d' acceleration des mouvemants réspiratoires

۳ – Per. de ralentissement des mouv.respiratoires

٤ – Lancereaux ٥ – Diarrhée salutaire

در فرضیه کالبدشناسی واکز(۱) ازدیاد فشار خون ، کاستین و دوپره (۲) ازدیاد مایع نخاعی ، تروب(۳) ادم و تورم مغز ، و بالاخره پارون و پاپی‌نیان (٤) فساد سلول‌های هرمی شکل قشر دماغ را مجرم شناخته و با هریك از این سبب‌ها عده‌ای از علائم اورمی را تعبیر و تفسیر مینمایند .

اما در فرضیه شیمیائی اورمی را یك مسمومیت ادراری میدانند که بعقیده پرفسور بوشار(٥)تمام مواد جامد پیشاب در ایجاد آن شرکت نموده و باقی‌ماندن هریك ازآنها در بدن عده‌ای از نشانی‌های بیماری‌را بوجودمیآورند. مثلا رکود کلرورها دربدن‌وسیله پیدایش تنگ‌نفس (شین‌استوکس) وتشنج ، و رکودمواد ازته در خون مولد آماس دهان ، بی‌اشتهائی بغذا ، ضعف عمومی ، چرت زدن ، و اغماء است وطبق همین حقایق‌هم‌هست که‌پرفسور بوشاراطلاق کلمه‌اورین‌امی(٦)را بجای اورمی یاآزتمی شایسته تر وبرازنده ترمیداند زیرااین‌بیماری‌نتیجه‌مسمومیت بدن از پیشاب است نه از اوره تنها یا ترکیبات آن .

اشکال بالینی - اورمی‌ها را از نظر شدت علائم ، سرعت سیر بیماری ، و سابقه کسالت بیمار بدو دسته مختلف حاد و مزمن میتوان تقسیم کرد .

۱) اورمی های حاد - علل پیدایش این دسته از اورمی‌ها یانفریت‌های‌حاد عفونی و یا نفریت‌های حاد بعداز عمل جراحی میباشند .

مقدار اوره خون دراین‌قبیل اورمی‌ها بسرعت بالارفته وبیك گرم، دو گرم، وحتی سه گرم درلیترمیرسد اما باوجود این‌عاقبت آنها بستگی کامل بشدت‌وضعف ضایعات کلیوی‌خواهد داشت، چنانچه گاهی ممکن است در اثر یك درمان صحیح‌و بموقع مقدار اوره خون بسرعت تنزل‌نموده وعارضه موجوده بکلی برطرف گردد درصورتیکه اگر مقدار اوره خون مبتلایان به‌نفریت مزمن باین اندازه ترقی‌نماید مرگشان حتمی و غیرقابل پرهیز خواهد بود .

گذشته از اورمی‌های مزبور یك‌نوع اورمی حاد دیگری نیز پس از اعمال

---

۱ - Vaquez　۲ - Castaigne et Dupré　۳ - Traube
٤ - Parhon et Papinian　٥ - Bouchard　٦ - Urinemie

جراحی دیده میشود که بنا بر عقیده لو کو هیچگونه رابطه‌ای با آماس حاد گرده ندارد.

علل پیدایش این نوع اورمی‌ها کـم شدن آب بدن (بعلت خوردن مسهل ، بیهوشی عمومی، استفراغ، وپرهیز مایعات در روزهای اول بعدازعمل)، و بدی سوخت وساز موادازته در بدن است که‌شدت آن برحسب مدت‌عمل ، شدت آن ، وزن بیمار ، و سن وی تغییر میکند (گفتار لو کاس شامپیونییر) (۱) .

نشانی‌های این‌دسته از اورمی‌ها عبارتند از بدی حالت‌عمومی ، تنفس‌سریع ، خواب‌آلودگی ، زبان خشك ، سکسکه ، تنگ نفس ، و وجود رالهائی در ریتین که بدون بالا رفتن درجه حرارت (گاهی درجه حرارت بیمار چند عشری زیاد میشود) و پیدایش عارضه شدیدی دراثر عمل جراحی جلب‌توجه مینمایند . گذشته ازاینها مقدار پیشاب‌مبتلایان‌نیز بتدریج کم‌شده و برغلظت‌اوره موجوده درآن(۲) افزوده میگردد چنانچه گاهی اوقات بـا وجود آنکه مقدار پیشاب بیمار فوق‌العاده ناچیزاست مقدار اوره آن‌بجای ۲۰ گرم درهرلیتر به۴۰ تا۵۰ گرم درلیتر میرسد . همچنین مقدار اوره خون این بیماران نیز بسرعت بالا رفته و به ۴ تا ۵ گرم درلیتر خواهد رسید .

درهرحال‌چون شدت‌وضعف این‌دسته از اورمی‌های‌حاد بستگی کامل‌بقدرت دفع گرده‌ها، وبهبودی آنهابستگی کامل بازدیاد مقدارپیشاب‌و مشروب نمودن‌بدن بیمار آنهم بموقع وبه‌اندازه کافی دارد با این‌وصف ارزش‌تعیین قدرت‌دفع گرده‌ها قبل از انجام هر عمل جراحی و تزریق سرم در روز های اول بعد از عمل بخوبی محرز و مسلم میگردد .

۲) ــ اورمی های‌مزمن ــ منظور ازاورمی های مزمن اشکالی ازاین‌عارضه هستند که مخفیانه و بی‌سروصدا شروع شده و کم کم علائمی نظیر آنچه که تذکر داده شد (سردرد ، صدا کردن گوشها ، اختلالات‌باصره ، تشنجات‌عضلانی ، رخوت انگشتان ، تنگ نفس‌های شبانه ، استفراغ، و بالاخره چرت زدن وغیره) بوجود آورده متناوباً شدت و ضعف پیدا کرده ، وبالاخره باغماء ومرك منتهی میگردند

---

1 – Lucas Championnière   2 – Concentration maxima

و اینهاهمان‌دسته‌اورمی‌هائی‌هستند که نزد مبتلایان به نفریت‌های مزمن دیده میشوند .

تشخیص - با در نظر داشتن علائم نامبرده و توجه بیك چنین عوارضی تعیین مقدار اوره خون تشخیص قطعی اورمی را محرز و مسلم مینماید .

همچنین برای تشخیص اغماء اورمیك ازسایر عوارض مشابه معاینه کامل بیمار و در نظر داشتن نشانیهای هریك از اغماها لازم وکافی خواهد بود زیرا وجود نشانیهای مهم اغماء اورمیك یعنی تنفس شین استوکس و بوی امونیاکی آن ، پائین بودن درجه حرارت بدن ، تنگی مردمك های چشم ، عدم فلج ، و بالاخره آشنائی باحوال بیمار یا پیدا کردن صدای چهار نعل (۱) در قلب یا مشاهده ورم در بدن و صورتی رنگ پریده مانع از اشتباه این حادثه با سکته (انحراف جهت چشم از وضعیت‌قرار گرفتن‌سر(۲) ، بالارفتن‌درجه‌حرارت ، فلج وتنفس‌همراه باخرخر(۳)) یا اغماء بعلت مرض‌قند (وجود قند در ادرار و تنفسیکه بوی سیب‌میدهد) یا اغماء مربوط به مسمومیت الکلی (استفراغ و تنفسی با بوی الکل) و یا حالت های تشنجی مربوط به‌صرع و هیستری خواهد شد .

سیر و عاقبت - سیر حادثه اورمی در اشکال حاد سریع و در اشکال مزمن بطیئی وعاقبت‌هریك از آنها برحسب نوعشان متفاوت است .

عاقبت اورمی های حاد درآن‌دسته که بعلت نفریت‌های حاد بروز میکنند بستگی کامل بشدت ضایعات کلیوی، و در آن دسته‌ای که پس از یك عمل جراحی و بدون‌وجود نفریت دامنگیر بیمار میگردند بستگی کامل بمشروب نمودن بدن بیمار وسرعت رسیدگی خواهد داشت .

اما در اورمی هـای مزمن که تقریباً همیشه نتیجه یك نفریت مزمن هستند عاقبت بیماری‌را ازتعیین مقدار اوره‌خون میتوان پیش بینی کرد زیرا مطابق‌فرمول ویدال(٤) مبتلایان به نفریت‌مزمن که تحت درمان و بهداشت‌غذائی هستند اگرمقدار اوره خونشان بین‌یك تا دو گرم تغییرنماید بیش ازیك سال، اگر بین دو تا سه گرم

1- Bruit de galop 2- Déviation conjuguée de la tête et des yeux 3- Respiration stertoreuse 4- Widal

تغییر نماید بیش از چند ماه یا چندهفته ، وبالاخره اگر بین ۳ تا ٤ گرم تغییر نماید بیش از چند ساعت زنده نخواهند ماند.

درمان - گذشته از اورمی‌هائیکه بعلت عدم کفایت قلب (آسیستولی) یا پیلونفریت‌ها ویا انسداد لوله های حالب دراثر سنك بوجود آمده و درمانشان هم درمان علتی است، در اورمی های حاصله از نفریت‌های حاد علاوه بردرمان نفریت گرفتن سیصد تاچهارصدسانتی‌مترمکعب خون ، تزریق سرم گلوکزه ، وترانسفوزیون (تزریق خون به‌بیمار) بمقدار صد تا صد و پنجاه سانتی‌متر مکعب مورد استفاده میباشد .

اما برای درمان اورمی‌های مزمن که بعلت صغریافتن وتصلب نسج گرده‌ها پیشآمدمیکنند رعایت این‌دو نکته یعنی تخفیف‌دادن مسمومیت بدن و ازدیادقابلیت وقدرت دفع گرده‌ها لازم و واجب خواهد بود.

برای تخفیف مسمومیت از یك طرف بوسیله گرفتن خون ، دادن مسهل، و کسر فشار خون مواد سمی موجوده را از بدن دفع نموده؛ واز طرف دیگر بایك رژیم غذائی هیپوآزته (چون غذاهای شیری تنها و آبکی اشتهای بیمار را بکلی ازبین برده وضعیفش میکنند) مثل غذا های شیری ، سبزیجات تازه و میوه‌جات رسیده، با نضمام کره‌وروغن‌و گرد وو بادام رسیدن موادسمی‌را ببدن مانع میشوند.

برای‌ازدیاد قدرت دفع گرده‌هانیز ازیکطرف پیشاب بیماررا بوسیله‌تجویز تئوبرومین (۱ر۵ گرم درروز) ، پودرسیل ویاقطره سیلارن (۸۰ قطره درروز)، تزریق نوازورول(۱) یا نپتال (۲) (یك آمپول نپتال هرپنج روز یکمرتبه)، و بالاخره دم کرده‌های‌مدر مثل دم گیلاس وکاکل ذرت زیاد کرده و ازطرف‌دیگر با تزریقات عصاره گرده‌ای ، یا سرم‌سیاه‌رك گرده ، ویا خوراندن‌خود قلوه به‌بیمار قسمتهای باقیمانده‌از نسج گرده‌راتقویت‌نموده‌وموجب‌سرعت پیدایش‌هیپرتروفی‌های جبرانی(۳) میگردند.

---

1 – Novazurol 2 - Neptal 3 - Hypertrophie compensatrice

درمان عوارض اورمی - برای درمان خارش‌ها و استفراغ‌های حاصله ازاین حادثه مطابق معمول رفتار میکنند، اما درعوارض هذیان وتشنج و پائین آمدن درجه حرارت وبالاخره اغماء که درمراحل آخر بیماری پیدا میشوند و درمانشان هم تنها چندساعت وندرتاً چند روزی مرگ بیمار را بتأخیر می‌اندازد گرفتن خون وبزل قطنی(۱) ممکن است مفید واقع گردد.

یك نکته قابل توجه - اگر منظور استراحت خاطر اطرافیان ازمشاهده تشنج های متوالی و ناراحت کننده بیمار نیست، تزریق مرفین برای تسکین جائز نمیباشد زیرا این خود برشدت مسمومیت خون بیمار خواهد افزود.

1- Ponction lombaire

فصل دوم

دانستنی‌های مربوط به آلت

بخش اول

کالبد شناسی آلت

آلت که عضو اصلی مقاربت در نزد مردان است در انتهای خلفی باستخوان‌های شرمگاه (۱) ومفصل بین آنها وهمچنین بشاخه های ایسکیوپوبین (۲) ثابت شده و درانتهای قدامی بسر آلت که برآمدگی مخروطی شکلی است ختم می‌شود.

ساختمان آلت - اصول ساختمان آلت را اجسام غاری شکل(۳) وجسم اسفنجی تشکیل میدهند که اعضائی نعوظی بوده ومجموعاً از پوششی جلدی لیفی مستور میباشند.

اجسام غاری شکل - اجسام غاری شکل دو استوانه متخلخل مشابهی هستند که طولشان در خارج ازموقع نعوظ به ۱۵ سانتی‌متر وهنگام آن تا به ۲۰ سانتی‌متر خواهد رسید (طول خود آلت از ۱۰ تا ۱۵ سانتی‌متر تغییر میکند). هریك ازاجسام مزبور درقسمت خلفی بشاخه استخوانی ایسکیوپوبین (راست یا چپ) وهمچنین به عضله ایسکیوکاورنو(٤) که خود نیز باستخوان ایسکیون چسبندگی کامل دارد التصاق یافته و پس ازتوجه بخط وسط در محاذات لبه تحتانی سمفیز استخوان شرمگاه در مجاورت یکدیگر قرار میگیرند ودراین‌موقع است که ورقه لیفی نسبتاً ضخیمی‌هم بینشان وجه رابط میگردد. بالاخره اجسام نامبرده تاشیار خلف حشفه(۵) امتداد پیدا کرده و درآنجا نازك و از بالا بپائین مسطح شده و درضخامت سر آلت ورقه لیفی فوق مجرائی(٦) را تشکیل میدهند.

1- Pubis 2- Ischio - pubien 3- Corps caverneux
4 - Ischio - caverneux 5 - Sillon balano - préputiale
6- Lame fibreuse sus uréthrale

جسم اسفنجی(۱)- جسم‌اسفنجی که‌محتوی پیشابراه است استوانه‌مانند بوده و درناودان تحتانی حاصله ازمجاورت اجسام‌غاری‌شکل‌بایکدیگر قرار میگیرد.

انتهای خلفی جسم اسفنجی یا بولب (۲) ضخیم تر از سایر نقاط آن، گلابی شکل، و دارای دو سطح فوقانی وتحتـانی است. سطح تحتانی این بخش از عضله بولبوکاورنو(۳) و وترسطحی عجان(٤) مستور و سطح عمقی یا فوقانیش بتوسط عاصره‌غشائی وعضله ترانسورس‌عمقی ازمجرای‌خلفی‌پیشاب مجزا و باغدد کوپر(٥) که مجرای ترشحیشان ازضخامت آن عبور میکنند مربوط میگردد.

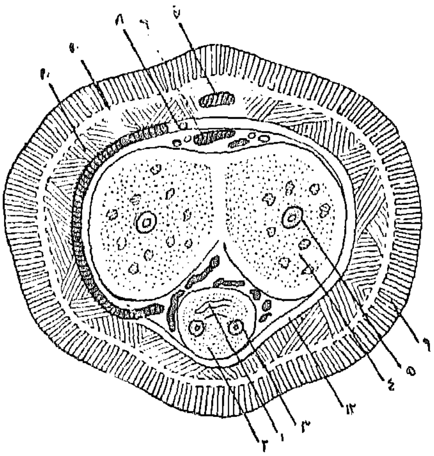
بالاخره انتهای‌قدامی جسم‌اسفنجی غلاف فوق‌العاده نازکی‌را برای مجرای بالانیك تشکیل داده وخود نیز ازغلاف حاصله ازورقه لیفی فوق مجرائی پوشیده می‌شود وقبل ازورود دراین‌غلاف‌هم‌باسر آلت که‌آن‌نیزعضوی‌نعوظی‌است ارتباط کامل می‌یابد .

پوشش آلت - اجسام غاری‌شکل‌وجسم‌اسفنجی که‌هریك ازورقه لیفی نسبتاً ضخیمی بنام آلبوژینه(٦) مستورند مجموعاً غلافی دارند که از چهار طبقه مختلف تشکیل‌شده وطبقات‌آن ازخارج‌بداخل عبارتند ازطبقه‌جلدی، طبقه عضلانی صاف وحلقوی یـا دارتوس(۷) ، نسج‌سلولی‌تحت‌جلدی، وطبقه لیفی‌الاستیك (شکل۲٦). طبقه اخیر یا ورقه لیفی زیرین تا شیار خلف حشفه امتداد پیدا کرده و درآنجا با غشاء آلبوژینه اعضای نعوظی مربوط میگردد ، اما سه‌طبقه دیگر غلاف مزبور از شیارنامبرده‌نیزتجاوزنموده‌وچین‌خوردگی جلدی کم‌وبیش‌طویلی‌رابشکل‌سردست تشکیل میدهند که همان پوست حلفه و یا ختنه‌گاه (۸) میبـاشد.

گرچه پوشش های مزبور وبخصوص طبقه جلـدی ارتباط آلت با بدن را تأمین نموده و چسبندگی انتهای خلفی اعضاء نعوظی با استخوانهای لگن و عجان موجب ثبوت‌آن‌می‌شوند، اما با وجود این آنچه‌که آلت را معلق ، نیمه آویزان

1- Corps spongieux 2- Bulbe 3- Bulbo- caverneux
4-Aponévrose perinéale superficielle 5-Glandes de Cowper
6- Albuginée 7- Dartos 8- Prépus

ومتصل باستخوان شرمگاه نگه میدارد لیگامان تعلیقی آن است(۱) که ازسه‌ورقه لیفی تقریباً مجزا ازیکدیگر تشکیل میگردد. اوراق لیفی مزبور که یکی شان وسطی



شکل ۲۶ — مقطع عرضی آلت

۱ — پیشابراه ۲ — جسم اسفنجی ۳ — سرخ رك بصلی پیشابراهی
۴ — جسم غاری‌شکل ۵ — سرخ‌رك جسم غاری‌شکل ۶ — سیاهرك ظهری عمیق
۷ — سیاهرك ظهری سطحی ۸ — سرخ رك ظهری ۹ — جلد آلت
۱۰ — طبقه عضلانی ۱۱ — نسج سلولی تحت جلدی ۱۲ — طبقه لیفی الاستیك

و دوتای دیگر جانبی هستند دربالا وعقب برروی دواستخوان عانه ومفصل بین آنها وهمچنین بقسمت پائینی خط‌سفید(۲) متصل میگردند اما درپائین وجلو ورقه‌وسطی آنها بقسمت ظهری غلاف لیفی اجسام توخالی مربوط و دو ورقه جانبی آنها پس‌از چسبندگی باجسام نامبرده ازطرفینشان عبور کرده و درزیر آلت درسطح تحتانی جسم اسفنجی یکدیگررا تلاقی مینمایند.

عروق واعصاب آلت - سرخ‌رگها - مهمترین سرخ‌رگهای آلت عبارتند از سرخ‌رگهای سطحی، عمقی، غاری‌شکل و بصلی. (شکل۲۶)

سرخ‌رك سطحی آلت شاخه‌ای است ازهونتوزخارجی(۳) که درنسج‌سلولی تحت‌جلدی واقع شده وجلد و دارتوس‌را مشروب مینماید.

1- Ligament suspenseur de la verge 2- Ligne blanche
3- Honteuse externe

سرخرك عمقی آلت درزیر غلاف لیفی الاستیك واقع و شاخه‌ایست ازهونتوز داخلی که برای مشروب کردن اعضای نعوظی منشعب میگردد.

سرخرك غاری شکل طول اجسام توخالی را مطابق محور آنها طی نموده و سرخرك بصلی هم از انتهای خلفی فوقانی بولب وارد ودرضخامت جسم اسفنجی بشاخه های متعددی تقسیم میشود.

سیاه‌رگهای آلت نیز مانند سرخرگها متعددند اما بطورکلی آنها که خون سطحی وجلدی‌را جمع‌آوری میکنند بسیاهرك ظهری سطحی آلت و آنها که خون اعضای نعوظی را برمیگردانند بسیاهرك ظهری عمقی میریزند.

عروق لنفاوی قسمت پوششی آلت بغدد لنفاوی فوقانی داخلی کشاله‌ران، و عروق لنفاوی سرآلت و اعضاء نعوظی‌هم یا بغدد لنفاوی کشاله‌ران ویا غددلنفاوی ایلیاك اکسترن منتهی میشوند.

اعصاب آلت ـ اعصاب آلت شاخه‌هائی ازاعصاب تناسلی رانی (۱) دوطرف وعصب ظهری خود آلتند ، اما شاخه های سمپاتیك مخصوص آن از پلکسوس هیپوگاستریك منشعب میگردند.

1- Nerfs génito - crurales

بخش دوم

بیماریهای آلت (۱)

اول - ضربه‌های وارده به آلت (۲)

گرچه ضربه های وارده به آلت ممکن است مولد کوفتگی، دررفتگی، زخم، انقطاع و یا اختناق این عضو گردند اما آندسته‌ای ازاین حوادث که حائز اهمیت بیشتری هستند اختناق‌ها و انقطاع‌های آلت میباشند.

۱ - اختناق آلت (۳)

علت پیدایش این حادثه که عموماً در موقع نعوظ اتفاق میافتد یا بستن نخ دور آلت، یا بزور داخل کردن آن در حلقه‌ای تنك یا سوراخ کلید و غیره، و یا پس رفتن پوست ختنه گاه ازسر آلت و برنگشتنش بجای خود (٤) میباشد.

نشانی ها - پس از پیش آمد هریك ازاین اتفاقات کم کم خون درسر آلت یا دربخش قدامی آن جمع وموجب پیدایش ورمی میگردد که مانع ازخروج حلقه یا نخ ویا برگشت پوست ختنه گاه بموضع اصلی خود خواهدشد. بعلاوه هرقدرهم که موانع مزبور بیشتر بمانند ورم آلت زیادتر و درد بیمار نیز فزونتر میگردد تاآنجا که پس‌ازمدتی نسج آلت فاسد شده وعوامل عفونت نیز درآن راه مییابند.

بالاخره علت مراجعه این بیماران درد و شاش بند حاصله ازفشار بمجرا، و درمانشان‌هم درآوردن ویا بریدن عوامل مولد حادثه خواهد بود.

روش درمان - اگر بیمارمبتلا هنگامی مراجعه نماید که دیدن حلقه ویانخ میسر باشد نخ‌را بریده و حلقه‌را بدین‌ترتیب میتوان خارج کرد: نخست سر یك نخ نسبتاً ضخیمی‌را که ٦۰ تا ۷۰ سانتی‌متر طول داشته باشد بوسیله یك‌میله فلزی نازك

1- Maladies du penis 2- Lesions traumatiques 3- Etranglement du penis 4- Paraphymosis

ازجلو و زیرحلقه گذرانده و ازعقب آن باندازه دو سه‌سانتی‌متر درمی آورند، بعد قسمت طویل نخ‌را درجلوی حلقه بنحوی روی آلت می‌پیچند که فشار حاصله از آن برآلت تقریبا با فشار حلقه یکسان و یا کمی از آن فزونتر باشد ، سپس این سر نخ را ثابت نگهداشته وسر کوتاه آنرا که‌درعقب حلقه قرار داردمیگیرندودرحالیکه آنرا بجلو میکشند باهمان‌هم دورهای نخ‌راازیکدیگر بازمیکنندتاآنکه بدین‌وسیله حلقه ازجای خود حرکت کرده وجلوتر بیاید. بعد ازاین‌کار مجدداً انتهای قدامی نخ را روی آلت پیچیده و از انتهای خلفی آنرا باز میکنند وآنقدر این عمل را تکرار می نمایند تاآنکه حلقه بکلی از آلت خارج گردد.

اما اگر بعلت تورم‌زیاد آلت دیدن حلقه ویا نخ میسر نباشد آنهارا مطابق معمول بوسیله قیچی مخصوص زرگرها و یا قیچی معمولی بریده وخارج مینمایند.

بالاخره اگر علت اختناق پارافیموزیس باشد مطابق آنچه که بعداً تذکر داده خواهد شد آنرا درمان مینمایند .

۴- انقطاع آلت (۱)

انقطاع آلت عبارتست‌ازپارگی‌غلاف‌اجسام‌غاری‌شکل(۲) بدون پارگی‌جلد وعلت پیدایش آنهم خم‌شدن آلت ویا فشار شدید وارده برآنست بهنگام نعوظ .

نشانیهای مهم این‌حادثه دردشدید، صدای شکستن چیزی شبیه به ترکه در داخل‌آلت وورم این عضو ؛ و درمان آنهم درصورتیکه هماتوم بزرگی تشکیل نشده باشد کمپرس سرد و درصورت پاره شدن یك رك بزرك باز کردن موضع و بستن‌آن رك خواهد بود .

دوم ـ آماس های آلت (۳)

آماس های آلت ممکن است بصور مختلفه آماس سر آلت وپوست ختنه ـ گاه(٤) ، آماس عروق‌لنفاوی (لنفانژیت) ، دمل‌های محدود ومنتشر(فلگمون‌ها)، التهاب سیاهرگها(فلبیت)،التهاب‌اجسام‌غاری‌شکل(کاورنیت) ، وبالاخره قانقرایای

1- Rupture du penis 2- Corps caverneux 3- Inflammations de la verge 4- Balano - postite

این عضو (گانگرن) درآیند.

التهاب عروق لنفاوی درتمام زخمهای سر این‌عضو ، دمل‌های آن درامراض عفونی یا دمل‌های ادراری ، التهاب سیاه رگهای آن درسوزاك ، وآماس اجسام توخالی آن نتیجه آماس های پیشابراه و یا قسمتهای دیگر آلت خواهد بود. اما بالانوپستیت‌ها و قانقرایای آلت که اهمیتشان زیادتر از سایرین است شایسته آنند که جداگانه تحت بررسی قرار گیرند.

۱ـ آماس سر آلت و پوست ختنه‌گاه(۱)

این بیماری مخصوص اشخاص ختنه نشده و بخصوص آنهائی‌است که سوراخ پوست ختنه‌گاهشان (پرپوس) تنك بوده و سر آلتشان نمیتواند براحتی از آن خارج گردد .

علت‌وسبب - مهمترین علل پیدایش آماسهای مزبور عبارتند از بیماریهـای تناسلی (سوزاك وسیفلیس‌وشانکر نرم)، جمع‌شدن‌ترشحات‌معمولی درپشت‌سوراخ ختنه‌گاه و مخلوط شدن ادرار باآنها (نزد اطفال واشخاص کثیف) ، باقی ماندن پیشابهای محتوی میکرب درپشت سوراخ ختنه‌گاه ، زخم های تناسلی سرآلت یا سطح داخلی پرپوس مثل تب‌خال وغیره ، سنگهای زیر پرپوس‌وسرطان‌آن‌ناحیه، عفونتهای بعد از ختنه کردن ، و بالاخره مرض قند وندرتاً خناق (درمرض قنـد نخست تحریکات‌جلدی پیشاب سوراخ حلقه را تنك‌نموده وسپس رکود ادرارمولد آماس میگردد) .

میکرب های موجوده و مولد آماس های مزبور هم یا میکربهائی هستند چرك‌زای ومعمولی ویا میکرب‌هـائی هستند ازدسته قارچ‌ها .

آسیب‌شناسی - گذشته از ضایعات مولد بیماری آماس سرآلت و پرپوس ، پیدایش زخمهای کوچك درسطح تماس آنها ، التهاب سیاه‌رگها و سپیدرگها ، و بالاخره چسبندگی‌های حاصله درموضع التهاب‌را نیز باید بخاطر داشت.

نشانی ها - علائم اشکال حاد این بیماری مثل شکل سوزاکی آن‌عبارتند از

1- Balano- postite

ورم وقرمزی پرپوس وجریان چرك ازسوراخ آن ، حساسیت سرآلت و پرپوس ، وبالاخره تورم و درد غدد لنفاوی کشاله‌ران.

نشانی های اشکال تحت‌حاد مثل آنهائیکه نزد اطفال دیده می‌شوند عبارتند از ورم ناحیه مزبور، قرمزی پوست ، وترشح مختصر کم یا زیاد چرکین.

بالاخره علائم‌اشکال‌مزمن مثل‌آنهائیکه نزدمبتلایان بمرض قند دیده‌میشوند عبارتند از ضخیم‌شدن لبه سوراخ جلدی وترشح مختصر آبکی ، یا چرکین ، و یا خون آلود در نزد شخصیکه قبلا سوراخ حلقه‌اش گشاد بوده و از روی سر آلت بخوبی عقب میرفته .

عوارض - مهمترین‌عوارض‌این‌بیماری‌التهاب‌های‌چرکی غدد لنفاوی،آماس سیاه‌رگها ، دمل‌های آلت ، و بالاخره قانقرایا است ؛ اما گاهی‌هم بعلت عقب‌رفتن پوست ختنه‌گاه ازروی سر آلت وعدم امکان برگشت آن بجای خود موجب بروز پارافیموزیس (۱) میگردد.

تشخیص - تشخیص بالانوپوستیت فوق العاده آسان بوده و تنها با آماس پیشابراه ممکن است اشتباه گردد (با کمی دقت غیرممکن خواهدبود). تشخیص علت بروزآماس نیز اغلب آسان وگاهی‌هم تنها پس از باز کردن پوست ختنه‌گاه امکان‌پذیر میباشد .

درمان - درمان‌این‌بیماری علاوه بررعایت‌نظافت درمان‌اساسی وعلتی‌است. اگر پوست ختنه‌گاه بتواند ازسر آلت عقب برود تشخیص علت آسان ودرمان‌آن نیز سهل‌است، اما اگر بعلت تنگی سوراخ عقب‌رفتن پوست ختنه‌گاه از سر آلت میسر نباشد بدون تأمل پوست مزبوررا طولا و در جدار فوقانیش بوسیله چاقوی الکتریکی باز کرده و پس از کشف علت اصلی آنرا درمان مینمایند .

این نکته را باید بخاطر داشت‌که ختنه کردن بیماران مبتلا بعارضه مزبور دراین مواقع بی‌فایده واغلب موجب زحمت خواهد بود .

1- Paraphymosis

۴ ـ قانقرایای آلت (۱)

علت و سبب ـ علل پیدایش قانقرایای آلت یاعوامل میکربی و یا غیرمیکربی (مکانیك) میباشند .

عوامل میکربی مولد این بیماری میکربهای معمولی وغیرهوازی هستند که از راه زخمهای سطحی و یا پیشابراه در زیر جلد آلت وارد میشوند، امـا عوامل دسته دوم اختناق‌های آلت (اگر حلقه و یانخی بدور آلت پیچیده‌شده و یاعارضه پارافیموزیسی درکار باشد) و یا بسته شدن سرخ رگهای آن خواهند بود .

گذشته از این اشکال یك‌نوع قانقرایای دیگری‌هم در آلت پیدا میشود که بعلت سرعت پیشرفت و مجهول بودن علت اصلی و واقعی پیدایشش بنام قانقرایای برق‌آسای خودبخود (۲) موسوم است .

در این شکل قانقرایا که فورنیه(۳) آنرا شرح داده بدون وجود هیچگونه زخم یا عفونتی در جلد آلت و یا داخل پیشابراه ناگهان پوست حلفه و آلت ورم کرده ، قرمز شده ، و مولد سوزش میگردد . در عین حال حالت عمومی بیمار هم خراب شده ، درجه حرارتش بالارفته ، وممکن‌است‌لرز کرده‌واستفراغ نیز بنماید .

پس از این دوران مقدماتی ورم وقرمزی بسرعت پیشرفت‌نموده و تمام‌آلت و حتی پوست بیضه را فرا میگیرد(٤) ، و طولی هم نمیکشد که‌طاول‌ها وصفحاتی که‌اول زردرنگ وبعد خاکستری ودرپایان سیاه‌میشوند(٥) درسطح قسمت‌متورم و بخصوص آلت بوجود میایند .

بعدازاین مرحله ارتشاحی دراغلب موارد بجای طاول‌ها وصفحات سیاه‌شده سوراخ‌ها و شکافهائی پیدا میشوند که ازدرون آنها مایع فوق‌العاده متعفن‌و کثیفی که محتوی قطعات نسوج فاسد شده میباشد بخارج دفع میگردد (٦)

بالاخره پس‌از این‌مرحله وچنانچه حادثه سپتی سمی و مسمومیت و یا یکی از عوارض عفونی دیگر بیمار را تلف نکرده باشد زخم‌های حاصله بسرعت‌ترمیم

1–Gangrène de la verge 2– Gang.–spontané foudroyante
3– Fournier 4– Infiltration 5 – Sphacelées
6– Phase d' élimination

یافته (۱) و بهبودی کامل نصیب بیمار میگردد .

برعکس گاهی هم سرعت پیشرفت این بیماری بنحوی است که درعرض ٢٤ ساعت تمامی آلت را بیك نسج مرده و بیمصرف تبدیل نموده و دراثریك سپتی‌سمی ومسمومیت شدید بیمار را تلف مینماید .

تشخیص ودرمان ــ تشخیص این‌عارضه تنها از ارتشاح ادراری باید داده‌شود که درمانشان بایکدیگر مشابه و عبارتست ازشکافتن موضع عفونت درامتدادآلت و محدود کردن آن بوسیله‌نقاط آتشین (درارتشاح ادراری تذکر داده‌خواهدشد) .

سوم ــ بیماریهای دیگر آلت (۲)

گذشته از بیماریهای نامبرده و تومور های آلت (زگیل‌هــا و جوانه های پوستی ، کیست‌ها ، واریس‌ها ، وسرطانها) و همچنین سل‌و سیفلیس و شانکرنرم که از نظر جراحی عمومی و بیماریهای جلدی حائز اهمیت هستند سخت شدن و صلابت یافتن اجسام توخالی (۳) ، سنك‌های زیرپوست ختنه گاه(٤)وداءالفیل(٥)را باید بخاطر داشت که بین آنها نیز سنگهای زیر حلقه و داءالفیل فراوان‌تر و قابل ملاحظه‌تر میباشند .

۱ ــ سنگهای زیر حلقه(٦)

این دسته از سنگها یا آنهائی هستند که از مجاری فوقانی پیشاب آمده و پس از دفع از سوراخ مجرا در زیر پوست حلقه باقی میمانند و یا آنهائی هستند که بعلت تنگی سوراخ حلقه و کثیف بودن موضع از تجزیه پیشاب راکد درآن‌ناحیه و رسوب ترکیبات فسفاته آن بوجود میآیند .

نشانی‌های‌این‌بیماری‌همان‌نشانی‌های‌بالانوپوستیت ، تشخیص‌آن با آزمایش کامل موضع بوسیله ملامسه یا وارد کردن استیله و یا برش طولی پوست حلقه ، و درمان آن خارج کردن سنگ‌اززیر پوست بوسایل ممکنه خواهد بود .

1– Phase de réparation 2– Autres maladies du penis
3– Induration plastique des Corps caverneux 4– Prépus (Calcules sous préputiales) 5– Eléphantiasis
9– Calcules sous préputiales

۴ – داءالفیل آلت (۱)

علت پیدایش این کسالت یا بیماری فیلاریوز(۲) است و یا التهاب‌های مزمن پوست آلت و ختنه گاه .

علت تورم زیاده‌ازحدو تغییرات نسجی آلت درشکل اول مسدود شدن سفیدرگها وسیاه رگهای این عضو دراثروجود کرم یا جنین ویا تخمهای آنست در صورتیکه درشکل دوم آماسهای مزمن و مکرر، فیستول های متعدد، و کانونهای چرکی فراوان مولد یك واکنش نسجی (۳) شدید و ورم فوق العاده آلت میگردند .

در هر دو نوع بیماری و بخصوص در شکل اول بزرگی آلت ممکن است باندازه‌ای برسد که تا زانو پائین آمده و بقطر ساعد ضخامت‌یابد ، گذشته از این پوست بیضه هم گاهی در این تغییر شکل شرکت نموده و حجم قابل توجهی پیدا می نماید .

بالاخره درمان این بیماری درمان علتی است اما تمیز نگاهداشتن پوست ختنه گاه و درصورت رشد زیاده ازحد بریدن قسمتی از آن به‌بهبود وضعیت بیمار کمك خواهد کرد .

چهارم ـ سوء تشکیلات آلت و پوست ختنه گاه

از سوء تشکیلات متعدد آلت (دو شاخه بودن ، دوتائی بودن ، نبودن ، و سوراخ بودن آن) وسوءتشکیلات زیاد پوست ختنه گاه (نبودن ، دوقسمت بودن ، و تنگ بودن سوراخ آن) تنها این آخری حائز اهمیت و قابل بررسی میباشد .

تنگ بودن مادرزادی سوراخ حلقه (٤)

تنگ بودن سوراخ حلقه را پس از پنج سالگی بنحویکه سر آلت نتواند براحتی از آن خارج گردد فیموزیس میگویند .

آسیب‌شناسی ـ فیموزیس را بانواع مختلف کوتاه و طویل و پهن تقسیم مینمایند . دراولی درازای پوست حلقه و سرآلت بیك‌اندازه است ، در دومی پوست

1– Eléphantiasis 2– Filariose 3– Réaction tissullaire
4– Phymosis

حلفه درازتر ازسرآلت وطولش بچندین‌سانتیمتر بالغ میگردد ، بالاخره درسومی درازای پوست حلفه کوتاه و سوراخ آنهم نسبتاً گشاد است اما در هرسه‌حالت‌علت عدم امکان خروج سر آلت از سوراخ حلفه تنگ بـودن عاصره لیفی عضلانی (۱) موجوده در دهانه سوراخ نامبرده میباشد .

عوارض ـ عوارض حاصله از وجود فیموزیس یا اختلالات ادراری هستند ، یا عوارض عفونی ، و یا اختناق سرآلت بعلت پارافیموزیس(۲)

اختلالات ادراری حاصله از فیموزیس در نـزد اطفال بی‌اختیـاری ادراری (بخصوص شبانه) و در نزد بزرگان گاهی اشکال در ادرار و ندرتاً اتساع‌مجرای پیشاب و مثانه میباشد .

عارضه عفونی فیموزیس همان بالانوپوستیت است که‌بواسطه تنگی سوراخ حلفه ظاهر و بعلت وجود آن هم بزحمت معالجه میگردد (علت مزمن‌شدن‌سوزاك درنزد این اشخاص) .

بالاخره عارضه‌دیگر این‌ناهنجاری پارافیموزیس یعنی‌عقب‌رفتن حلقه‌پوست ختنه‌گاه از سرآلت و برنگشتنش بجای‌خود میباشد که آنهم اغلب هنگام‌مقاربت اتفاق افتاده و موجب تورم و اختناق سرآلت میگردد .

تشخیص ـ تشخیص این ناهنجاری فوق‌العاده آسان وتنها دراطفال کوچکتر از پنجسال نباید آنرا مرضی دانست . نزد اشخاص بالـغ هم نباید با فیموزیس‌های اکتسابی که‌بعلت آماس‌های حاد (بالانوپوستیت سوزاکی ، سیفلیس ، شانکرنرم، و تبخال) ویا آماس‌های‌مزمن (مرض‌قند ، سرطان ، سنگ، وجوانه‌های گوشتی) پیدا میشوند اشتباه گردد .

درمان ـ اگر فیموزیس تنهاست و بالانوپوستیت وجود ندارد بیمار راختنه باید کرد امـا اگر گذشته از فیموزیس بالانوپوستیت هم وجود داشته بـاشد تنها سطح فوقانی پوست ختنه‌گاه رابرشی طولی‌داده و پس‌از رفع التهاب عمل‌ختنه را تکمیل مینمایند .

---

1 – Sphinctère fibro – musculaire   2 – Paraphymosis

برای درمان پارافیموزیس هم نخست پارچه‌ای را در آب‌سرد خیسانده وسر آلت‌را با آن میگیرند ؛ سپس درحالیکه آلت‌را میکشند سرآنرا نیز فشارمیدهند تا آنکه بدین طریقه حجم سر آلت کم شده و کشیدن پوست ختنه گاه بجای خود میسر گردد . درصورتی‌هم که بدین‌روش برگشت آن‌غیرممکن‌باشد آنراعمل‌جراحی باید کرد (حلقه لیفی پوست ختنه گاه را در طول آلت بریده و دوسرش را عرضاً بیکدیگر میدوزند) .

درمان جراحی فیموزیس یا ختنه‌کردن(۱) .

اسبابهای لازم برای‌اینکار چندعدد پنس کوخر و پآن(۲) ، یك‌قیچی‌راست ، یك بیستوری ، یك سندکانله ، و نخ و سوزن است که تماماً باید عقیم شده وحاضر برای عمل باشند .

روش‌عمل - پس‌از ضدعفونی کردن موضع‌عمل ودست عامل نکات‌مشروحه در زیر را بموقع اجرا باید گذارد .

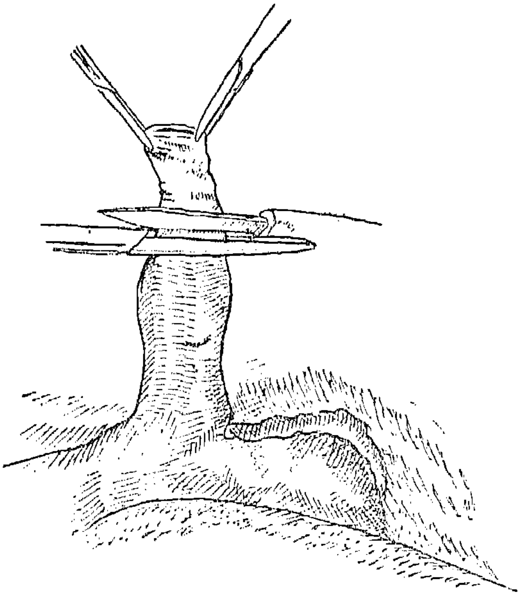
۱) - بیحس کردن موضع عمل - اطفال کوچك‌را برای ختنه کردن بیهوش نموده و نزد اشخاص بالغ به بیحسی موضعی اکتفا مینمایند . برای بیحسی موضعی هم نخست در وسط طول آلت و دورتادور آن مقداری از محلول یك تا دو درصد کوکائین یا نووکائین درزیر جلد تزریق نموده و سپس عین همین تزریقات را در محاذات شیار خلف حشفه(۳) و بنحوی تجدید میکنند که نوك‌سوزن درست مماس باغلاف لیفی جسم‌اسفنجی واجسام توخالی قرار گرفته‌و بدین‌ترتیب باسری‌تزریقات اول پوست آلت و با سری دوم آن مخاط پوست ختنه گاه بیحس گردد .

۲) - برش پوست ختنه گاه - برای سهولت انجام این عمل قبلا بوسیله‌دست ویا یك سندکانله چسبندگی های موجوده بین سرآلت و ورقه مخاطی پوست ختنه‌گاه رااز بین میبرند ، بعد از آن بادو عدد پنس کوخر قسمت قدامی و خلفی حلقه پرپوس رادر قسمت مخاطیش گرفته (شکل ۲۷) وپس از کشش مختصر آن

---

1 – Circoncision 2 - Pince de Kocher et Péau
3 - Sillon balanique

بایك پنس کوخر هم تمامی پرپوس را مطابق شکل مذکور و بنحوی میگیرند که لبـه پائینی پنس تقریباً بمحاذات نوك آلت وامتداد آن ازجلو بعقب و از بالا بپائین باشد .



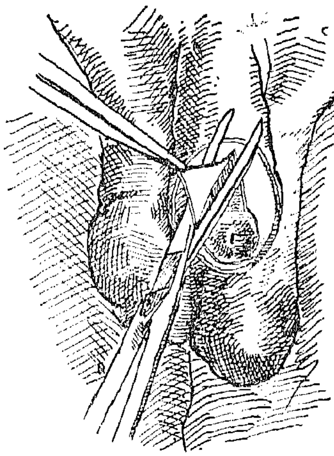
شکل ۲۷ — روش بریدن قسمت زائد پوست ختنه گاه

بالاخره زیادی پوست ختنه گاه‌رادر بالای‌پنس سوم ومماس برلبه‌آن بریده وحلقه پوستی‌ومخاطی حاصله را آزاد میگذارند .

۳)ـ هم سطح نمودن حلقه مخاطی و جلدی ودوختن دولب آنها بیکدیگرـ پس از بریدن پوست زائد پرپوس و برداشتن پنس از روی آن بخوبی دیده میشود که حلقه جلدی خود را جمع کرده ودر عقب سر آلت قرار میگیرد در صورتیکه حلقه مخاطی سرآلت راپوشانده ودرجای خود ثابت میمانـد (ورقـه مخاطـی غیر قابل ارتجاع است) .

برای روبرو نمودن این دوحلقه بایکدیگر بانوك قیچی ، در سطح فوقانی سرآلت ، ودرخط وسط حلقه مخاطی راتانیم یایك سانتی متری شیار خلف حشفه بریده (شکل ۲۸) ودوورقه مثلثی شکل مخاطی حاصله درطرفین خط وسط را با

همان قیچی برمیدارند .



شکل ۲۸ — روش یك انداز کردن قسمت مخاطی و پوست ختنه گاه برای دوختن دو لبه آنها بیکدیگر

اما برای دوختن دو حلقه مزبور بیکدیگر چند بخیه جداگانه بانخ ابریشم یا کرن ویا کاتگوت نمره ۲ دور تادور آن ها میگذارند ؛ قبل از کشیدن نخ ها و محکم کردنشان هم دقت میکنند که هموستاز کافی نموده و دو لب حلقه مخاطی و جلدی راکاملامقابل یکدیگر قرار داده باشند تاآنکه در جوش خوردن آنها بیکدیگر وقفه ای حاصل نگردد .

٤) - مراقبت های بعد ازعمل - پس ازخاتمه عمل زخم حاصله رابا دوسه قطعه گاز عقیم شده مستور نموده وقطعه گاز چهار گوشی راهم در وسط سوراخ کرده وبرسرآلت میگذارند بنحوی که سوراخ آن مطابق باسوراخ مجرا بود و بقیه آن پانسمان اولیه رابپوشاند .

البته در صورت احتیاج ویا ازنظر احتیاط هرروزه زخم راپانسمان میکنند اما نخ های آنرا درروز هفتم بعداز عمل برمیدارند .

آخرین اطلاعات دربارهٔ بیماریهای آلت

درمان بالانوپوستیت ها(۱) - گاهی اوقات پس ازدرمان بالانوپوستیت با ختنه ناقص عارضه‌ای پیدا میشود که موجب شدت ناراحتی های بیمار میگردد .

---

1. Balano - posthites

این عارضه اتفاقی که بنام سندرم اسکلرو آتروفیك تاردیو (۱) نامیده میشود عبارتست از خشك شدن و کوچك شدن سر آلت بانضمام خارش پیدا کردن آن که گاهی هم توام باالتهاب مجرای پیشاب و تنگی شدید آن میباشد .

عارضه مزبور را فاور (۲) درشماره ۳۵۲ سال ۱۹٤۷ مجله طبی لیون شرح داده ومیگوید که فورنیه(۳) درسال ۱۸٦٥ ودلبانکو (٤) درسال ۱۹۰۹ این بیماری رابنام کروروزی(٥) خوانده وسپس استوهمر (٦) درسال ۱۹۲۸ آنرا (B. x. o) نام گذارده است .

بالاخره مؤلف نامبرده علت پیدایش این بیماری راهمان عفونت قبلی دانسته وراه درمانش رانیز تکمیل عمل ختنه پیشنهاد مینماید .

1– Syndrôme sclero - atrophique tardive 2.- M. Favre
3– Fournier 4– Delbanco 5– Kraurosis 6– Stuhmer

فصل دوم

دانستنیهای مربوط به پیشابراه

بخش اول

کالبد شناسی پیشابراه

اول - کالبدشناسی پیشابراه در نزد مردان

مجرای پیشاب کـه در نزد مردان راه دفع ادرار و منی است از عنق مثانه شروع شده و بسماخ مجرا ختم میگردد .

مسیر پیشابراه .

خطسیر مجرای پیشاب درفاصله بین مبداء و منتها متغیر است چنانچه ابتدا از عنق مثانه تا یکی دوسانتیمتر بطور عمودی پائین آمده ، و پس‌از آن قوسی‌را تشکیل میدهد که‌تقعرش ببالا وجلو متوجه‌بوده، ومحل اتصال دواستخوان‌عانه(۱) را در فرو رفتگی خود جای میدهد . (شکل ۲۹) پس‌از گذشتن از زیر سفیر عانه و رسیدن جلوی آنهم مجددا مسیر خودرا تغییرداده ، بطورعمودی و بنحوی بپائین متوجه‌میگردد که باقوس نامبرده در بالا زاویه حاده‌قضیبی بیضه‌ای(۲) را میسازد .

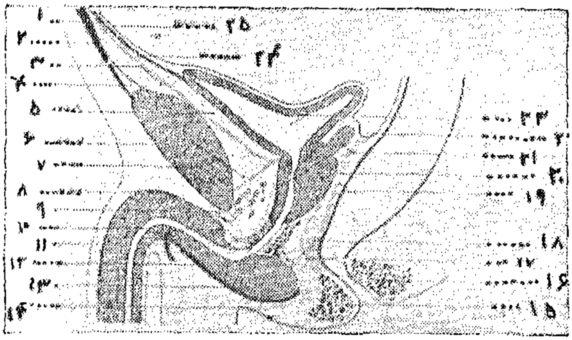
موقعیت پیشابراه .

مجرای پیشاب درطول مسیر خود نقاط مشخصی‌را میپیماید که موقعیت آنرا نسبت بسمفیزعانه واضح و روشن میسازند .

ازاین نقاط‌معین‌یکی ابتدای‌پیشابراه‌یعنی‌عنق‌مثانه‌است که‌ازوسط سطح خلفی

1 - Symphyse pubien 2 - Angle péno-scrotale

سمفیز عانه‌سه‌سانتی‌متر فاصله دارد. دومی زاویه‌مجرائی است(۱) که‌تقریباً‌محل خروج پیشابراه‌ازغده وزی بوده، وروی خطی افقی که مار بر لبه‌تحتانی سمفیز عانه باشد قرار گرفته است. نقطه سوم آنهم مقعرترین نقاط قوس مجرای ادراری است که‌روی خطی عمودی‌واقع و از لبه تحتانی سمفیزعانه درحدود یك سانتی‌متر و نیم فاصله دارد.



شکل۲۹ـ مقطع طولی مثانه ومجرای پیشاب درخط وسط

۱ ـ عضله مستقیم ۲ ـ فاسیا ترانسورسالیس ۳ ـ فضای‌سلولی‌جلومثانه(اسپاس‌دورتزیوس) ٤ ـ فضای سلولی بالای استخوان عانه ٥ ـ ورقه لیفی جلو مثانه ٦ ـ لیگامان عانی مثانی ۷ ـ شبکه وریدی سانتورینی ۸ ـ اجسام‌غاری‌شکل ۹ ـ ورقه‌لیفی زیر عانه ۱۰ ـ ورقه لیفی فوق پیشابراه ۱۱ ـ لیگامان عرضی ۱۲ ـ عاصره مخطط پیشابراه ۱۳ ـ بولب اورتر ١٤ ـ عضله بولبوکاورنو ۱۵و۱٦ ـ عاصره‌مقعدی ۱۷ ـ عضله‌عرضی‌عمقی ۱۸ ـ عضله مقعدی‌مجرائی ۱۹ ـ وتروزی‌صفاقی ۲۰ ـ غده‌وزی ۲۱ ـ مجرای‌برنده ۲۲ ـ بن‌بست دوگلاس ۲۳ ـ مثانه ۲٤ ـ اوراك ۲٥ ـ پرده‌صفاق

بخش‌های مختلفه پیشابراه واندازه هریك ازآنها.

طول مجرای پیشاب بطور متوسط ۱٦ تا ۲۰سانتیمتر است که از عنق مثانه تاسماخ‌مجرا بترتیب زیر تقسیم میشود.

۱) ـ درضخامت غده وزی نام مجرای پرستاتیك‌را بخود گرفته وطولش از ۳ تا ۳٫٥ سانتیمتر تغییر مینماید.

۲) ـ پس از عبور از غده وزی درضخامت وتر متوسط عجان وارد شده و در آنجا بنام مجرای غشائی که بیش‌از ۱٫٥ سانتیمتر درازا ندارد نامیده میشود.

۳) ـ پس از عبور از ضخامت این وتر داخل غلافی اسفنجی میگردد که تا

1- Angle uretrale

نوك آلت ادامه می‌یابد . این بخش از پیشابراه که مجرای اسفنجی(۱) نیز نامیده میشود خود شامل سه بخش مختلف مجرای عجانی ، مجرای بیضوی ، و مجرای قضیبی است(۲) که طول مجموع آنها بین ۱۲ تا ۱۵ سانتیمتر تغییر میکند .

قطر داخلی پیشابراه .

قطر داخلی مجرای پیشاب در بعضی نقاط از مسیرش تنگ‌تر و در بعضی مواقع آن گشادتر است .

نواحی گشاد مجرا از جلو بعقب یکی گودال زورقی (۳) است که در فاصله یك سانتی‌متری سماخ مجرا واقع شده و قطر داخلی‌اش در حدود ۸ تا ۹ میلیمتر میباشد ، دیگری بن‌بست بصلی(٤) است که همان آخرین قسمت مجرای اسفنجی بوده و ۹ تا ۱۰ میلیمتر قطر آنست ، بالاخره سومی هم گشادترین ناحیه پیشابراه یعنی مجرای پرستاتیك است که در سطح خلفی آن وروموننتانوم واقع شده و قطر آن درحدود ۱۰ تا ۱۱ میلیمتر میباشد .

نواحی تنگ پیشابراه ازجلو بعقب یکی سماخ مجرا ، دیگری مجرای غشائی و سومی ابتدای پیشابراه یعنی عنق مثانه است که قطر همگی آنها تقریباً یکسان و درحدود ۷ میلیمتر میباشد .

بقیه نواحی پیشابراه یعنی مجرای اسفنجی هم قطر داخلی متوسطی داشته و از ۸ میلیمتر تجاوز نمینماید .

روابط پیشابراه با اعضاء دیگر .

۱) ـ روابط مجرای پرستاتیك . ـ مجرای پرستاتیك که درضخامت غده‌وزی واقع شده و از مجاورت سطح قدامی آن عبور مینماید روابطش بعینه مثل خود غده‌وزی میباشد (شکل ۳۰)

۲) ـ روابط مجرای غشائی(۵) ـ این قسمت از پیشابراه که ازضخامت وتر

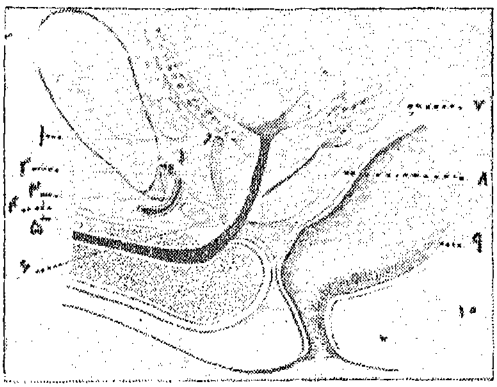
---

1. Uretre spongieux 2-Uret. Périnéal, scrotal et pénien
3 - Fosse naviculaire 4 - Cul-de - sac bulbaire
5 - Uretre membraneux

متوسط عجان میگذرد دارای سه‌قسمت متمایز ازهم میباشد .

قسمت‌اول بخش بالائی وتر ، قسمت‌دوم بخش واقعه درضخامت وتر و قسمت سوم بخش پائینی وتر متوسطِ عجان است که روابط بخش‌اول وسوم آن بعینه‌مثل مجاری پرستاتیك یا اسفنجی ، و روابط بخش متوسط آن بنحوی‌است که در زیر تذکر داده خواهد شد .

روابط بخش متوسط مجرای غشائی - چون روابط این بخش از مجرا با عناصر متشکله وتر متوسط عجان حائز اهمیت‌اند ، و چون خود این وتر نیز از نظر کالبدشناسی ارزش‌قابل‌توجهی‌دارد لذا بیمورد نیست که‌مختصری‌درباره‌ساختمان این وتر تذکر داده شود تا آنکه در عین حال هم روابط مجرا با آن و هم عناصر متشکله آن معلوم شده باشند .



شکل ۳۰ ـ محفظه غده وزی و وترعجانی

۱ـ ورقه لیفی قدامی پرستات ۲ـ قسمت پرستاتیك‌عاصره مخطط ۳ـ لیگامان‌زیر استخوان عانه ٤ـ سیاهرگ ظهری‌آلت ۵ـ ورقه‌لیفی‌فوق مجرائی ٦ـ لیگامان عرضی عجان ۷ و ۸ـ دو ورقه وتردنون ویلیه ۹ـ عاصره‌غشائی ۱۰ـ ورقه لیفی زیرمجرائی

ساختمان‌وتر متوسط عجان - وتر متوسط عجان از یك‌طبقه عضلانی میانی ، و دو طبقه لیفی فوقانی و تحتانی تشکیل شده است .

ساختمان اوراق لیفی - ورقه لیفی فوقانی خود از دو تیغه متمایز ساخته شده است که‌یکی درجلوی پیشابراه(۱) و دیگری درعقب آن(۲) واقع‌شده و هردوی

1 - Lame préuretrale 2 - Lame rétrouretrale

آنها هم از طرفین روی شاخه نازل استخوان عانه التصاق مییابند .

ورقه لیفی تحتانی هم از سه لیگامان مختلف تشکیل شده است که از جلو بعقب عبارتند از :

الف - لیگامان قوسی شکل زیر عانه(۱) که در زیر سمفیزعانه واقع شده و لبه خلفی آنهم هلالی شکل است .

ب - لیگامان عرضی عجان(۲) که از طرفین روی شاخه نازل استخوان عانه چسبیده ، و در جلوی پیشابراه قرار میگیرد .

ج - لیگامان بصلی(۳) که درعقب پیشابراه واقع شده ، عریضتر از دو تای دیگربوده ، و از طرفین هم‌روی‌شاخه‌های استخوانی ایسکیوپوبین(٤) چسبندگی می یابد .

ساختمان طبقه عضلانی - طبقه عضلانی وتر متوسط عجان که بین دو طبقه لیفی نامبرده واقع شده شامل چهارعضله مختلف است که ازجلو بعقب عبارتند از:

الف - عضله عرضی جلوی پیشابراه(٥) که از یك‌شاخه عانه بشاخه دیگر آن ممتدشده و درعقب‌هم با عاصره غشائی ادامه پیدا میکند.

ب - عاصره مخطط یا غشائی پیشابراه که دارای الیاف عضلانی قوی بوده ، مجرای پیشاب‌را احاطه کرده ، و ازجلو بعقب با سایرعضلات ارتباط‌مییابد .

ج - عضله‌عرضی‌عمقی (٦) که ازطرفین بشاخه‌های ایسکیوپوبین چسبیده و از جلو با عاصره غشائی و ازعقب هم با هسته مرکزی عجان (۷) نسج واحدی را می سازد .

د - بالاخره عضله مقعدی پیشابراهی (۸) که‌الیاف عضلانی‌آن‌صافند ازسطح قدامی راست روده شروع شده و به‌هسته مرکزی عجان ختم میگردد .

گذشته ازعضلات نامبرده عروق واعصاب و غدد دیگری نیز درضخامت‌وتر

---

1 – Ligament arqué sous pubien 2- Lig.transverse du périné 3-Lig. du bulbe 4-Branches ischio-pubiennes 5 — M. transverse pré-uretral 6 – M.transverse profond 7 — Noyau central de la périné 8 – M.recto-uretral

متوسط عجان وجود دارند که کم‌و بیش با مجرای پیشاب ارتباط مییابند مثلا :

درجلوی پیشابراه و ازفاصله بین لیگامان هلالی زیرعانه ولیگامان عرضی عجان سیاه‌رك ظهری آلت میگذرد.

ازطرفین پیشابراه و نزدیك بجدار لگن عروق و اعصاب هونتوزانترن (۱) عبور مینمایند.

درعقب وطرفین پیشابراه غدد کوپر(۲) واقع شده‌اند که مجرای ترشحیشان بپائین و جلو سیر نموده و در قسمت قدامی بصل مجرا (۳) در مجرای قدامی سر باز میکنند .

بالاخره قسمت‌غشائی مجرا هم ازفاصله این وتر دربالا با وترصفاقی وزیئی و درجلو باشبکه سیاه‌رك سانتورینی مربوط میگردد.

۳) روابط مجرای اسفنجی (٤) - مجرای پیشاب پس‌ازعبور ازوتر متوسط عجان بپائین و جلو متوجه شده ، موربا وارد بخش خلفی جسم اسفنجی یعنی بصل پیشابراه(٥) گشته ، و تا سماخ مجرا هم درضخامت همین جسم پیش میرود (شکل ۲۹ و ۳۱) .

روابط این بخش ازمجرا بعینه مثل جسم اسفنجی است یعنی دربالا با زاویه حاصله ازاتصال‌دو جسم‌غاری‌شکل‌بایکدیگروازطرفین وپائین با نسوج تحت‌جلدی وپوست‌ارتباط مییابد (مجرای نامبرده درتمام‌مسیرخود بسطح‌تحتانی جسم‌اسفنجی نزدیکتر خواهدبود تا سطح فوقانی یا قدامی‌آن) .

ساختمان پیشابراه .

جدار مجرای پیشاب ازیك طبقه عضلانی خارجی ، یك‌طبقه اسفنجی میانی ، و یك‌طبقه مخاطی داخلی تشکیل شده است .

طبقه‌عضلانی پیشابراه دارای یك‌دسته الیاف‌داخلی و یك‌دسته الیاف‌خارجی است که الیاف داخلی‌آن طولی والیاف خارجی‌آن حلقوی میباشند و همین الیاف حلقوی هم هستند که در اطـراف مجرای غشائی تشکیل عاصره غشائی یا عاصره

---

1 – Nerfs et art. honteuses internes 2 – Glande de Cowper 3 – Bulbe de l'uretre 4 – Uretre spongieux

مخطط را میدهند.

طبقه اسفنجی پیشابراه درمجرای وزیثی وغشائی فوق‌العاده ناچیز وغیرقابل اهمیت میباشد اما در مجرای اسفنجی بحد اعلای رشد خود رسیده و جسم اسفنجی را تشکیل میدهد .

بالاخره طبقه مخاطی پیشابراه منظره بخصوصی داشته و درضخامت خود عناصر مختلفی را که ذیلا شرح داده میشوند جای میدهد (شکل ۳۱)

الف - سطح خلفی مجرای وزیثی برآمدگی بیضی شکلی(۱) دارد که محور طولی آن درامتدادمحور مجرا واقع و دروسط تحدب آن فرورفتگی بیضی شکلی است بنام‌اوتریکول‌پرستاتیك یا مهبل نر(۲). درطرفین‌فرورفتگی‌مزبور دوسوراخ کوچك دیده میشود که مخرج مجاری انزالی میباشند. بالاخره خارج‌تر از این دو سوراخ و درطرفین برآمدگی نامبرده هم دو شیار طولی یافت میشود که مجاری مترشحه غدد متشکله پرستات درآنها سر باز مینمایند.

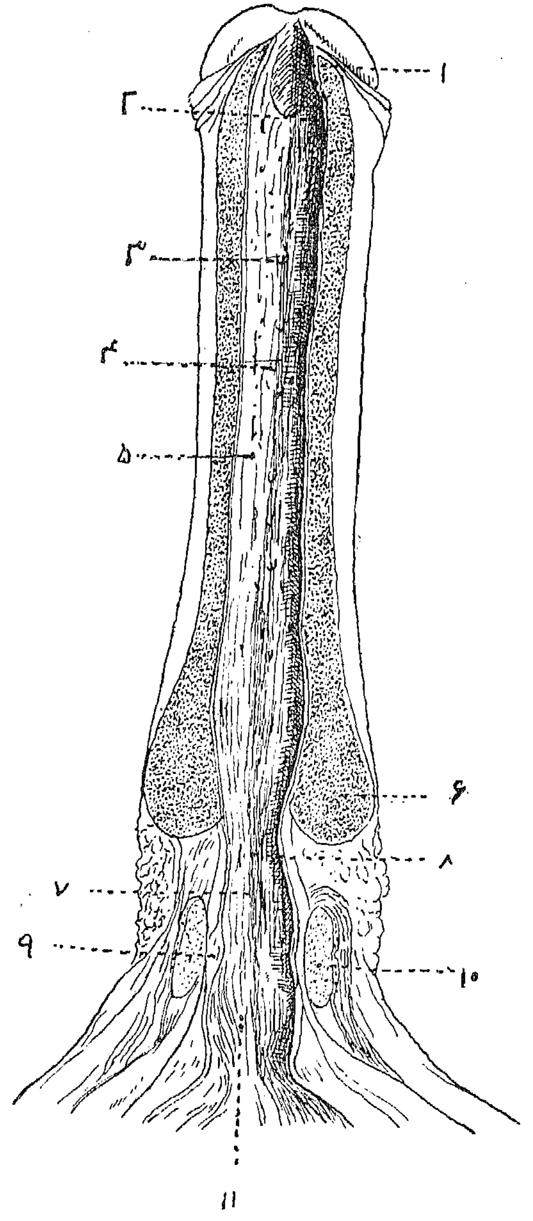
درمجرای اسفنجی‌مجاری‌فرعی و کوچکی دیده میشوند که‌شبیه‌بسوراخهای کوچکی بوده وخود بدو دسته تقسیم میگردند (۳) .

دسته‌ای‌ازاین‌لاکون‌ها که‌نسبتاً بزرك وباسم‌فورامینامعروفند‌درست‌درامتداد محور مجرا و درسطح قدامی آن قرار دارند. یکی ازاین بن‌بست‌ها(٤) که ازهمه مهمتر و بزرگتراست در یك سانتی‌متریایك‌سانتیمتر ونیمی سماخ مجرا واقع شده ودردهانه‌سوراخ آن که بجلو نگاه میکنددریچه‌ای‌بنام‌دریچه گرن(٥)موجوداست.

دسته‌دیگر این لاکون‌هاهم که مدخلشان درسطوح طرفین مجرا واقع‌شده و درضخامت مخاط یا نسج تحت مخاطی پیش میروند بنام فورامینولا معروفند.

ج - گذشته ازسوراخهای‌نامبرده سوراخهای کوچکتری‌نیز منتشر درمخاط پیشابراه دیده میشوند (باستثنای مجاری پرستاتیك) که مخرج مجاری مترشحه غدد لیتر(٦) بوده و درضخامت طبقه مخاطی یا تحت مخاطی قرار دارند .

1-Veru montanum 2-Utricule prostatique ou vagin mâl 3 - Lacunes de Morgagnie 4 - Cul-de-sac 5- Valvule de Guerin 6- Glandes de Littre



شکل ۳۱ — منظره پیشابراه پس از برش طولی آن درجدار قدامی

۱ — مجرای بالانیك ۲ — دریچه گرن ۳ — لاکون دومرگانیی ٤ - مجرای اسفنجیّ
٥ — قورامینولا ٦ — قسمت بصلی مجرا ۷ — مجرای غشائی ۸ — تنگی بصل مجرا ۹ — ورومونتانوم
۱۰ — غده وزی ۱۱ — مجرای وزیئی یا پرستاتیك

عروق و اعصاب پیشابراه.

سرخرگها ـ مجرای اسفنجی پیشابراه شاخه‌هائی از سرخرگهای بصلی و ظهری قضیبی(۱) میگیرد. بخش غشائی مجرا سرخرگهایش شاخه‌هائی ازسرخرك عرضی عجانی(۲) هستند که خود از سرخ رك هوتنوز داخلی منشعب میگردد.

بالاخره بخش وزیثی مجرای پیشاب‌را شاخه‌های سرخرك مثانی تحتانی(۳) وبواسیری متوسط یا میانی مشروب مینمایند.

سیاهرگها ـ سیاه رگهای مجرای پیشاب شاخه هائی را تشکیل میدهند که بسیاهرك پشتی وعمقی آلت وهمچنین بشبکه سیاهرگی محیط غده‌وزی میریزند.

عروق لنفاوی ـ گذشته ازعروق لنفاوی قضیبی که بغدد لنفاوی کشاله ران میریزند بقیه‌عروق لنفاوی مجرا بغدد لنفاوی هیپوگاستریك منتهی میگردند.

اعصاب ـ بالاخره اعصاب پیشابراه‌شاخه‌هائی ازاعصاب هوتنوزانترن وشبکه هیپوگاستریك‌میباشند که اولی‌ها مجرای‌اسفنجی وغشائی و دومی‌ها حس‌وحرکت مجرای وزیثی‌را تأمین مینمایند.

دوم ـ کالبدشناسی پیشابراه‌در نزد زنان

مجرای پیشاب زنان که تنها راه دفع پیشاب است از عنق مثانه شروع شده و دربالای مدخل مهبل و درمحوطه وستیبول بسماخ مجرا ختم میگردد.

مسیر این‌مجرا ازبالا بپائین و از عقب بجلو متوجه بوده و رویهمرفته هلال کم‌عمقی را تشکیل میدهد که تقعرآن بجلو وببالا نگاه میکند.

ابتدای این مجرا پائین تر از محل وقوع عنق مثانه در نزد مردان و تقریباً روی خط افقی مار برلبه تحتانی سمفیز عانه قرارگرفته که از آن درحدود ۵ر۱ تا ۲ سانتیمتر فاصله دارد.

طول پیشابراه درنزد زنان نزدیك به ۳۵ میلیمتر، قطر داخلیش درحدود ۸ میلیمتر (دوانتهای مجرا کمی تنگتر میباشند) ، وخاصیت ارتجاعیش فوق‌العاده

1- Art. bulbaire et dorsale de la verge 2- Art. transverse du périné 3- Art. vesicale inferieure

زیاد است بنحوی که هنگام بیهوشی یك انگشت را میتوان براحتی در آن داخل کرد.

روابط پیشابراه با اعضای دیگر .

گرچه مجرای پیشاب در نزد زنان دارای یك بخش عمقی لگنی و یك بخش قدامی عجانی است اما باوجود این در تمام طول مسیر خود از جلو باشبکه سیاهرگی سانتوریني ، وتر متوسط عجان و سمفیز عانه ؛ از عقب با مهبل (وجه اتصالشان بیکدیگر دربالا مختصر و درپائین فوق العاده قابل توجه است) ؛ و ازطرفین هم دربالا با وتر متوسط عجان و درپائین باعضله منقبض کننده مهبل(۱) ارتباط مییابد.

ساختمان پیشابراه .

مجرای پیشاب درنزد زنان از یك طبقه مخاطی ویك طبقه عضلانی تشکیل می‌شود. طبقه مخاطی آن محتوی غددی شبیه بغدد لیتر است که بیشتر درسطح تحتانی وقسمت قدامی مجرا واقع شده اند (۲).

طبقه عضلانی آنهم دارای دودسته الیاف داخلی وخارجی است که الیاف داخلی آن بعلت محتوی بودن سیاه رگهای فراوان منظره‌ای شبیه بمنظره جسم اسفنجی پیدا میکند اما الیاف عضلانی و حلقوی آن که درخارج واقع شده‌اند در قسمت بالا وابتدائی پیشابراه عاصره غشائی یا مخطط را می‌سازند.

عروق و اعصاب.

سرخرگهای مجرای پیشاب در نزد زنان از سرخرگهای مثانی تحتانی و هونتوزانترن منشعب میگردند.

سیاهرگهای آن بشبکه وریدی سانتوریني میریزند.

اعصاب آنهم ازشبکه هیپوگاستریك وهونتوزانترن سرچشمه میگیرند.

1- M. constricteur du vagin 2- Glandes sous uretrales

بخش دوم

آزمایش پیشابراه(۱)

برای آزمایش کامل مجرای پیشاب مشاهده سماخ مجرا ، ملامسه مجرا وغدد منضمه بآن ، میل‌زدن مجرا ، آزمایش ترشحات آن ، و بالاخره دیدن داخل مجرا و عکس برداری از آن لازم و کافی است .

۱ - مشاهده سماخ مجرا (۲) - سماخ طبیعی پیشابراه یاسوراخی که‌مجرای نامبرده را با محیط خارج مربوط میسازد درست درنوك حشفه (سرآلت) واقع‌و بشکل شکافی‌است طولی که‌قطرش از٦ تا ۸میلیمتر ممکن‌است تغییر نماید . رنگ مخاط این سوراخ قرمز کم رنگ و جز رطوبت مختصر هیچگونه ترشحی در آن دیده نمیشود (پس از پیدایش نعوظ و هنگام تحریکات جنسی ترشح زلالی از آن خارج و یا موجب چسبندگی لبهای آن بیکدیگر میگردد) .

تغییرات مرضی یا مادرزادی سماخ مجرا - این‌تغییرات مرضی یا مادر زادی ممکن است شامل محل سماخ ، شکل آن ، اندازه آن ، رنك‌آن ، و یا یکی دوتا از آنها باشند .

محل‌سماخ مجرا ممکن‌است در زیر حشفه(۳) ویا برعکس دربالای‌آن(٤) واقع شده باشد (بیماری حاصله ازحالت اول‌را هیپوسپادیاس و دومی‌آنرااپیس-پادیاس مینامند) .

اندازه و شکل سماخ مجرا ممکن است هردو غیر طبیعی و یا یکی ازآنها غیرطبیعی باشد.درحالت‌اول‌شکلش گردوقطرش خیلی کوچك‌وحتی نقطه‌مانند‌است.

---

1 - Exploration de l'uretre　　2 - Inspection
3 - Hypospade　　4 - Epispade

در حالت دوم هم قطرش کمتر از ٦میلیمتر اما شکلش همان شکل شکاف طولی خواهد بود .

رنگ سماخ مجرا در اورتریت‌ها قرمز و یا قرمز براق است، مخاط آن‌هم که قرمز رنك است بخارج برآمد گی پیدا کرده (۱) و متورم میگردد ؛ بعلاوه در اغلب این مواردقطره چرکی دردهانه سوراخ مجرا مشهود ویا پس‌ازفشار مختصر حفره زورقی نمایان خواهد شد .

بالاخره برای تکمیل آزمایش دیدنی معاینه‌کامل شیار خلف حشفه(۲) و مخصوصاً غده‌های تیزون(۳) که درهمین شیار و در طرفین لجام آلت جای دارند لازم است . این دوغده ومخرج‌مجاری ترشحی آنها که در فرورفتگی‌های مختصر موجوده درطرفین‌لجام آلت‌واقعند درحالت‌طبیعی‌قابل‌رؤیت نمیباشند درصورتیکه هنگام وجودآماس(٤) هریك‌ازآنها باندازه یك‌عدس‌ویا یك‌نخود کوچك‌ومحتوی چرك دیده خواهد شد .

۳ ــ ملامسه‌پیشابراه (۵) ـ ملامسه‌مجرای پیشاب درحال‌طبیعی نظیرملامسه یك‌لوله لاستیکی ونرم است ، انجام آنهم هیچگونه درد وناراحتی برای بیمارایجاد نمینماید ، اما برعکس اگر التهاب حاد یا مزمنی درمجرا موجود ویا جسم خارجی درآن مستقر شده‌باشد نتیجه ملامسه غیراز این‌ها خواهدبود .
آماس‌های حادمجرا گذشته ازاینکه موجب درد هنگام ملامسه میگردند قوام‌مجرا را نیزتغییر داده وآنرا سخت‌تر از طبیعی مینمایند .

در آماس‌های مزمن‌ملامسه چندان اذیت کننده نیست اما اغلب اوقات دریك یا چند نقطه از طول مجرا هسته‌های‌سختی حس‌میشوند که نتیجه تغییرشکل جدار آن در اثر عفونت مزمن میباشند . گاهی هم بجای هسته‌های مــزبور بخش نسبتاً طویلی از جدار مجرا بنسجی لیفی تبدیل شده وبنحوی قوام آنرا تغییر میدهد که در ملامسه بشکل مداد یا چوب‌سیگاریست که در درون مجرا فرو برده باشند (٦)

1-Ectropion 2-Sillon balanique 3-Glandes de Tyson 4-Tysonite 5-Palpation 6-Tuyau de pipe

درهرحال اگرملامسه پیشابراه روی‌میل بنیکه‌ای که قبلا وارد مجرا شده است انجام پذیرد نتیجه‌اش دقیقتر و کاملتر خواهد بود زیرا دراین‌صورت وجود غده‌های کوچك(۱) ومنضم بمجرا نیز بخوبی تشخیص داده خواهد شد .

بالاخره برای‌تکمیل این‌آزمایش که وجوداجسام‌خارجی‌موجوده‌درمجرارا نیز مشخص میسازد غده‌های کوپر(۲) را هم‌باید ملامسه کرد .

ملامسه‌غدد کوپر که‌درضخامت‌و ترمتوسط‌عجان‌واقع‌شده‌ومجاری ترشحیشان درمجرای قدامی پیشاب سرباز‌میکنند بوسیله توشه دوانگشتی(۳) قابل اجراست ، برای‌انجام‌این‌آزمایش‌هم‌بایدانگشت سبابه‌را درمقعد وارد کرده وانگشت‌شصت‌را در ناحیه عجان، درطرفین خط وسط ، ودر ریشه بیضه بسراغ انگشت اول‌بردزیرا دراین وضعیت اگرغدد مزبور متورم وملتهب باشند بین‌دو انگشت کاملا محسوس وکم و بیش حساسند درصورتیکه درغیر ازاین موارد یعنی درحال طبیعی هیچیك ازآنها دردناك نبوده وقابل ملامسه نیز نمیباشند .

۳ - میل زدن تفتیشی پیشابراه (۴) - آندسته از میل‌هائیکه برای تفتیش مجرای پیشاب بکاربرده میشوند موسومند بمیل‌های‌مفتش‌مجرا(۵) (شکل۱۰) که بطریق زیر ازآنها استفاده میگردد .

بیمارروی‌تخت‌معاینه بپشت و بطورافقی درازکشیده‌و برای نرم کردن‌عضلات شکم زانوهایش‌را جمع وازیکدیگر دورمیکند؛ شخص‌عامل هم‌پس‌ازضد عفونی کردن دستها وموضع عمل‌بول (منظوربوژی است) نمره۲۲ یا۲۳ را انتخاب نموده وبترتیب زیرشروع بتفتیش مینماید .

نخست آلت‌رادر ناحیه‌خلف حشفه بین‌انگشت سوم وچهارم دست چپ گرفته وروبالا وعمود برسطح‌بدن‌باندازه‌ای‌میکشد که تمام‌چین‌های جلدی‌آن ازبین‌برده شوند، ودر همین‌حال باانگشت شصت وسبابه‌همان دست‌هم لب‌های سماخ مجرا را ازیکدیگر بازمیکند تانوك میل‌انتخابی خودرا که بروغن‌آلوده نموده ودر دست راستش گرفته براحتی واردسماخ مجرا نماید .

1–Littrite 2– Glandes de Cowper 3– Toucher bidigitale
4 – Cathéterisme explorateur 5 – Bougies exploratrices

دریك مجرای طبیعی و بدون عیب میل مفتش مزبور تمام مجرای قدمی را براحتی و بدون ایجاددردطی کرده، و تنها درمقابل عاصره غشائی بمقاومت مختصری برخورد مینماید که از آنجا نیز پس ازفشاری مختصر گذشته و تادرون مثـانه بسهولت عبور خواهد کرد. هنگام پیشرفت میل ازمجرا ودر تمام مدت آن انگشتان شخص عامل احساس مالش و نرمی مخصوصی را میکنند که فقط درموضع عاصره غشائی بمقاومتی مختصر تبدیل و درموضع عاصره مثانی از آن نیز مختصر تر میگردد. همچنین در برگشت میل هم احساسات نامبرده تجدید می شوند بنحویکه درمقابل عاصره عنق مثانه حس توقف میل مختصر بوده و برای خروج ازعاصره غشائی نوك میل جهشی مینماید که بادست کاملا محسوس است .

نتایج حاصله از تفتیش مجرا در بیماریهای مختلف آن - قبل از بیـان این نتایج باید متذکر شد که میل زدن و یا تفتیش مجرائیکه مبتلا بالتهاب حاد باشد خطرناك واغلب موجب پیدایش عوارضی ازقبیل عفونت های محیط این عضو (پری اورتریت) خواهد بود .

الف - درالتهاب مزمن و بدون تنگی پیشابراه آن حس مالش و نرمی مخصوص ازبین میرود، و بدون آنکه نوك میل درموضع بخصوصی متوقف گردد انگشتان عامل حس میکند که نوك میل براحتی عبور نمینماید .

ب - درتنگی های مجرای پیشاب نوك میل مفتش (بول ۲۲ یا ۲۳) در نقطه‌ای ازمسیر خودمتوقف شده وجلوتر نخواهد رفت درصورتیکه انتخاب میل نازکتری ازآن ممکن است موجب عبور از این مانع و توقف درمقـابل ضیق دیگری گردد؛ همچنین انتخاب میل نازکتر دیگری بازممکن است موجب عبور از مانع اخیر و توقف درمقابل مانع سومی باشدو قس علیهذا . بااین وصف عده میلهائیکه برای موفقیت درعبور ازمجرا انتخاب میشوند تعداد ضیق ها و نمرات هریك ازآنها درجه تنگی ضیق های موجودرا معین مینمایند .

گذشته از این گاهی اتفاق می افتد که نوك میل مفتش تمام مجرای قـدامی را بسهولت گـذشته ولـی در مقابل عـاصره غشائی و یـا در نـزدیکی آن متوقف میگردد (اگرنوك میل مفتش در مجرای قـدامی متوقف شده بـاشد در ناحیه عجان یابیضه و آلت محسوس است ، اما اگر در مجرای خلفی متوقف مانده باشد

تنها درتوشه رگتال محسوس خواهد بود) ؛ دراین موقع باید دید که آیا یك تنگی مجرا است که مانع عبور میل میشود ویا یك تشنج عصبی عاصره غشائی .

برای فهم این مطلب وقبل از آنکه میل‌های مفتش کوچکتری را انتخاب نمایند بهتر آنست که یك میل فلزی یعنی یك بنیکه نمره ٤۲ یا ٤٤ را انتخاب کرده و مطابق معمول ازمجرا بگذرانند؛ دراین صورت اگر علت توقف میل صمغی تشنج عصبی عاصره غشائی باشد میل فلزی مقاومت آنرا درهم شکسته و بدرون مثانه داخل میگردد اما اگرعلت توقف میل صمغی تنگی مجرا باشد میل فلزی مورد استفاده نیز قادر بعبور ازمانع نخواهد بود .

ج ـ درآدنم پرستات میل مفتش براحتی تـا مثانه داخل میشود اما گاهی هم بواسطه بزرك بودن غده وزی و تغییر شکل پیدا کردن مجرا نوك میل در ناحیه مربوطه متوقف شده ویا باشکال از آن عبور خواهد کرد. درهرحال پس از گذشتن میل از ناحیه مزبور بخوبی میتوان طول مجرای خلفی را که همیشه در نزد این بیماران طویل تراز میزان معمولی است انـدازه گرفت . برای انجام این اندازه گیری پس از آنکه میل مفتش وارد مثانه شد آلت را کاملا کشیده و با دقت و بملایمت آنقدر میل رابخارج میکشند تا آنکه پاشنه نوك آن درمقابل عنق مثانه متوقف گردد، دراین موقع نقطه‌ای ازمیل مفتش را که محاذی سماخ مجرا قراردارد بجای موضع اول که بین انگشتان بود گرفته و بخارج نمودن میل ادامه میدهند تاوقتیکه نوك اسباب ازعاصره غشائی عبور کرده و واردمجرای قدامی شود؛ پس ازاینکار مجدداً میل رابطرف مثانه پیش میبرند تاآنجا که نوکش درمقابل عاصره غشائی رسیده و متوقف گردد. حال اگراز فاصله انگشتان خود در روی میل (موضعی که پاشنه میل در مقابل عنق مثانه متوقف شده بود) تاسماخ مجرا که نماینده فاصله بین عنق مثانه تاجلوی عاصره غشائی است یك سانتیمتر و نیم (طول عاصره غشائی) کسر نمایند طول مجرای پرستاتیك یامجرای خلفی بدست خواهدآمد .

د ـ بالاخره نتایج دیگر تفتیش مجرا بوسیله میل مفتش تشخیص سنك یاتومورهای آنست که موجب توقف نوك میل میگردند . بعلاوه حس خشونتی که نوك اسباب دربرخورد باسنك منتقل مینماید، وخون ریزی نسبتاً شدیدی که دربرخورد باتومورها

ایجاد میکنند وسایل دیگری برای تشخیص کسالت میباشند.

۴) ـ آزمایش ترشحات مجرا (۱) ـ در آزمایش ترشحات مجرای پیشاب که ازعوامل مهم تشخیص و مؤثر در درمان التهاب‌های این عضو است نخست بایدخواص فیزیکی ترشحات را مطالعه نموده، و پس از تشخیص موضع پیدایششان از نظر ذره‌بینی نیز بررسی‌شان کرد.

اولا ـ خواص فیزیکی ترشحات مجرا ـ ترشحات حاصله ازمجرای پیشاب یا مایع و آبکی بوده ویا بشکل رشته‌های کم یازیاد نازکی جلب توجه مینمایند.

مقدار ترشحات مایع ممکن است ازیك چسبندگی مختصر سماخ، یك قطره صبحانه، قطرات متعدد روزانه تاجریان دائم تغییر نماید، غلظت این ترشحات نیز مختلف ورنگشان هم ازسفید روشن (اغلب نماینده چرك سلی است) تازرد وسبز وخاکستری که به نسبت زیاد بودن مقدار لوکوسیتشان پررنگ‌ترند تغییر مینماید.

اما ترشحات رشته‌ای شکل مجرا که بنام رشته‌های ادراری(۲) موسومند تنها پس از ادرار کردن بیمار در گیلاس قابل ملاحظه بوده و اینها نیز علاوه بر آنکه مقدارشان متغییر است یا رشته‌های سبك و درازند که درسطح ادرار شناور میگردند، یا رشته‌هائی سنگین و ضخیمند که بسرعت بعمق گیلاس فرو میروند، و یا بالاخره کوتاه و واوی شکلند که سنگین ویا سبك میباشند.

ثانیاً ـ تشخیص منشاء بروز ترشحات ـ برای تشخیص موضع پیدایش ترشحات بدوطریق مختلف ممکن است عمل کرد:

طریقه اول ـ آزمایش ادرار درسه گیلاس(۳) ـ دراین طریق آزمایش که شرط صحت آن سلامت بودن مثانه است بیماررا وادارمیکنند تادرسه گیلاس مختلف ادرار نموده (برای دقیق بودن نتیجه آزمایش بهتراست که مقدار پیشاب هریك از گیلاس‌ها کمتراز پنجاه یاشصت سانتیمترمکعب نباشد) وسپس ازروی مقدارفیلامانها و وجود یا عدمشان در هریك از گیلاس ها موضع عفونت مولد ترشح را تشخیص می دهند (شکل ۳۲).

---

1 – Examin des secretions   2– Filaments urinaires
3 – Epreuve de trois verres

الف ـ اگرادرار گیلاس اول صاف یا کدر ودارای فیلامان بوده امـا گیلاس های دوم وسوم صاف و بدون فیلامان باشند تنها مجرای قدامی مبتلاخواهد بود (۱).

ب ـ اگرادرار گیلاس های اول ودوم صاف، بدون فیلامان، ویا محتوی مقدار کمی فیلامان باشند اما گیلاس سوم صاف یا کدر ولی فیلامانهای سنگین وزیادداشته باشد تنها مجرای خلفی مبتلا خواهد بود (۲) .

ج ـ بالاخره اگرادرار گیلاس اول صاف یا کدر و محتوی فیلامان زیاد، گیلاس دوم صاف و بدون فیلامان یا محتوی کمی فیلامان و بالاخره گیلاس سوم صاف یا کدر ومحتوی مقدار زیادی فیلامان باشد مجرای قدمی ومجرای خلفی هردو مبتلا می ـ باشند (۳) .

	گیلاس سوم	گیلاس دوم	گیلاس اول
التهاب مجرای قدامی	−	±	+++
التهاب مجرای خلفی	+++	±	±
التهاب مجرای قدامی وخلفی	+++	±	+++

شکل ۳۲ ـ وجود یا عدم فیلامان درگیلاس ها باعلامت باضافه و منها نمایش داده شده است

طریقه دوم ـ آزمایش ادرا درچهار گیلاس یا طریقه ولبارتس (٤) ـ در این طریق آزمایش که دقیقتر از روش قبلی است آماس های چرکی مثانه ویا پرستات نیز تشخیص داده میشوند .

برای انجام این آزمایش نخست مجرای قدامی پیشاب را بامحلول ضد عفونی کننده رقیق و بیرنگی شسته وآب حاصله ازشستشو رادر گیلاسی تمیز جمع میکنند (گیلاس اول) ؛ پس از اینکار میلی وارد مثانه نموده و ادرار محتوی آنرا نیز در

1– Uretrite anterieur 2– Uret· posterieur
3– Uretrite totale 4– Wolbarts

گیلاس دیگری جمع آوری مینمایند (گیلاس دوم)؛ سپس مثانه خالی شده را کاملا شسته و پس از تزریق مقدار ۱۰۰ تا ۱۵۰ سانتی متر مکعب ازمایعی ضد عفونی کننده وزقیق و بیرنك در آن میل رادر میآورند و آنوقت بیمار را وادار میکنند که نصف مایع محتوی درمثانه‌رادر گیلاس جداگانه ریخته(گیلاس سوم)و پس از آنکه پرستات وی راهم مالش دادند نصف دیگر مایع محتوی مثانه را در گیلاس آخری ادرار نماید (گیلاس چهارم).

بااین وصف نتیجه آزمایش کاملا رضایت بخش و وجود چرك در گیلاس اول نماینده التهاب مجرای قدامی، در گیلاس دوم نماینده التهاب مثانه، در گیلاس سوم نماینده التهاب مجرای خلفی، و بالاخره در گیلاس چهارم نماینده التهاب غده وزی خواهد بود.

ثالثاً - آزمایش ریز بینی ترشحات - عناصر ذره بینی موجوده در ترشحات مجرا عبارتند از لوکوسیت‌ها، سلولهای اپیتلیال، و میکربهای مختلف.

لکوسیت ها عموماً گویچه های سفیدی هستند چند هسته ای که تعداد شان نسبت مستقیم باشدت‌عفونت دارد، اما سلولهای اپیتلیال که تعداد شان‌نسبت‌معکوس باشدت عفونت دارددرالتهاب های حاد چندضلعی ودرآماس های مزمن سنك‌فرشی میباشند. بالاخره میکــربهای موجوده در ترشحات مجرا دردرجه اول گونوکوك وسپس میکربهای چرك‌زای‌دیگرمثل استافی‌لوکوك، استرپتوکوك، کلی باسیل، میکرب سل و مخصوصاً گونوکوك کاذب میباشد (گونوکوك کاذب بزرگتر از خود میکرب سوزاك واغلب هم خارج سلولی است).

۵)- **معاینه داخل مجرا یااورتروسکوپی(۱)** - این‌طریقه‌آزمایش دراغلب ازموارد بخصوص درالتهاب های مزمن پیشابراه وسیله تشخیص‌یاکنترول‌ویاکشف علت عدم موفقیت دردرمان میباشد.

اسباب مستعمله برای این‌کار اورتروسکوپ و نتیجه حاصله از آن در یک مجرای طبیعی بدین قرار است:

1– Uretroscopie

بطور کلی منظره یك میدان اورترسکوپیك (۱) شامل یك بخش محیطی و یك بخش مرکزی است که بخش محیطی آن نماینده مخاط مجرا و بخش مرکزی آن نماینده وضع سوراخ مجرا در آن قسمت بخصوص میباشد.

بخش محیطی میدان اورترسکوپ یعنی مخاط مجرا تقریباً برنك صورتی یا قرمز پشت گلی است که وجود سوراخهای مجاری ترشحی غدد لیتر (۲) در نقاط مختلفه آن و سوراخهای فورامینا (۳) وفورامینولا (٤) در سطح فوقانی و جانبی مجرای قدامی منظره مخصوصی بآن خواهد داد (رنك دهانه این سوراخها نسبت باطراف خود کمی پر رنك تر و واضح تر بوده و اگر عفونتی هم در آنها وجود داشته باشد قرمز برافروخته شده و در مدخل بعضی از آنها قطره چرکی مشاهده میگردد).

اما منظره قسمت مرکزی میدان اورترسکوپ یعنی سوراخ مجرا در عنق مثانه بشکل چرخ درشگه (یك نقطه مرکزی وچند شعاع) ، در ناحیه پرستاتیک بشکل هلال(برآمدگی ورومونتانوم)، در ناحیه غشائی بشکل چرخ درشگه، در ناحیه بصلی بشکل یك شکاف طولی و چند شعاع ، در ناحیه قضیبی (آلت) بشکل چرخ درشگه ، وبالاخره درسماخ مجرا هم بشکل خط طولی وچند شعاع منشعبه ازآن میباشد .

٦) - **پرتو نگاری پیشابراه** (٥) - پرتونگاری ساده پیشابراه یارادیوگرافی وسیله تشخیص اجسام خارجی مجرا وپرتو نگاری پس از تزریق داروی حاجب (اورترو گرافی) بهترین وسیله برای تشخیص ضیق های مجرا و حفره های منضم بآن میباشد .

برای پرتو نگاری بطریق دوم یعنی اورترو گرافی نخست میلی را ازمجرا وارد مثانه کرده و بمقدار کافی ازمحلول حاجب اشعه ایکس مثل کلار گل، سولفات دو باریوم ، یدور دوسدیم . لیپی یدول و غیره در آن تزریق میکنند ؛ سپس بمحض

1– Champs uretroscopique 2– Glandes de Littre
3– Foramina 4– Foraminula 5– Radiographie

پرشدن مثانه میل را بتأنی از آن خارج نموده ودرحین کشیدن به بیرون بازهم بتزریق داروی حاجب ادامه میدهند ؛ بالاخره همینکه نوك میل بنزدیکی سماخ مجرا رسید مجرا راروی آن فشرده ودرهمان حین عکس برداری میکنند .

درطریقه دیگر پس از پر کردن مثانه ازمایع حاجب میل رابکلی درآورده ودر حین ادرار کردن بیمار عکس برداری مینمایند . دراین طریق اورترو گرافی علاوه بر نتایج حاصله ازطریقه اول طرز باز شدن عنق مثانه بهنگـام ادرار کردن نیز تشخیص داده میشود ، وفایده مشاهده این منظره هم از آن نظر است که وسیله کشف بیماری عنق مثانه (۱) میگردد زیرا در این بیماری تصلب موجوده در عنق مثانه مانع ازباز شدن آن باندازه طبیعی ودر موقع پیشاب کردن خواهد بود .

1- Maladie du col

بخش سوم

بیماریهای پیشابراه

اول - ضربه‌های وارده به پیشابراه (۱)

ضربه‌های وارده به مجرای پیشاب ضایعات تشریحی متعددی را دراین عضو بوجود میآورند که بترتیب اهمیت سریری و وفورشان عبارتند از انقطاع پیشابراه، مجرای کاذب، زخمهای مجرا، وبالاخره ترکیدن‌های آن.

۱ - انقطاع پیشابراه (۲)

تعریف - اگر ضربه وارده ازخارج به پیشابراه تنها خود آنرا قطع نموده وجلدآلت را سلامت بگذارد بیماری حاصله را انقطاع مجرا مینامند.

علت و سبب - نوع ضربه‌های مولد انقطاع و طرز تأثیر آنها در هریك از بخشهای مختلفه مجرا مختلف ومتفاوت است.

انقطاع مجرای پرستاتیك و مجرای غشائی همواره نتیجه ضربه‌هائی هستند که موجب شکستگی لگن خاصره، یا جدانمودن سمفیز دو استخوان شرمگاه از یکدیگر، ویابروز یك‌ارزش شدید وناگهانی(۳) دراین کمربند استخوانی گردند.

علت قطع مجرا درشکستگی‌های لگن یا فرورفتن یك‌قطعه استخوان‌شکسته دراین‌عضو، ویا فشرده‌شدنش بین دوقطعه استخوانی‌است؛ درصورتیکه علت قطع آن در دو مورد دیگر کشش شدید وتر متوسط عجان خواهد بود که مانند قیچی مجرا را قطع مینماید.

انقطاع مجرای عجانی نتیجه ضربه‌هائی است که دراثر سقوط روی‌اجسامی سخت (٤) مثل لبه‌تکیه گاه نیمکت یا صندلی، پله نردبان، تیرچوبی یاآهنی، زین

1-Lesions traumatiqueis de l'uretre 2- Rupture de l'uretre 3 - Ebranlement 4 - Chute en califourchon

دوچرخه‌وغیره، ویا برخورد با لگد انسان و یا حیوان بناحیه‌عجان وارد میشوند. دراینگونه موارد اگرضخامت جسم ضارب باندازه‌ای باشدکه بتواند در زاویه حاصله ازاتصال دو استخوان عانه وارد شود مجرای پیشاب را بیکطرف رانده و آنرا بین خود ویکی از استخوان‌های نامبرده قطع مینماید (۱) درصورتیکه اگر ضخامت آن زیاد بوده و کاملا در آن زاویه جایگیر نگردد مجرای پیشاب را بین خود ولیگامان قوسی‌شکل زیرعانه (۲) فشرده‌وموجب قطعش‌میگردد (۳).

بالاخره انقطاع مجرای‌قضیبی تقریباً مخصوص مواردی است که‌آلت‌درحال نعوظ بوده ومورد اصابت ضربه واقع گردد.

گذشته ازضربه‌های وارده دراثر مشت‌ولگد آنچه که بیشترموجب‌انقطاع مجرای قضیبی خواهد شد خم شدن آلت بهنگام نعوظ است که یا بواسطه عدم مراقبت در حین مقاربت و یا نشستن شخصی بروی زانو اتفاق میافتد. گاهی هم بیماران مبتلا بسوزاك حادکه بعلت آماس شدید نسج اسفنجی نعوظ کامل پیدا نمیکنند (٤) برای رفع درد و ناراحتی حاصله ازخمیدگی‌آلت آنرا بسمت بالا برمیگردانند، اما غافل‌ازآنند که‌این‌عمل‌خودموجب انقطاع‌مجرای ادراروافزایش شدت درد ووخامت اوضاعشان میگردد.

همچنین ممکن است انقطاع مجرای قضیبی درغیراز موارد نعوظ هم اتفاق افتد، و این‌همان مواردی است که آلت بین دوجسم سخت قرار گرفته و مضروب میگردد (ماندن آلت در کشو میز و بستن‌آن، لغزیدن پا از روی رکاب اتومبیل و درشکه هنگام بالا رفتن و ماندن آلت بین لبه رکاب و سطح قدامی استخوان عانه وغیره).

آسیب‌شناسی - انقطاع پیشابراه اغلب اوقات در ناحیه بصلی عجانی(٥)، بعد

---

1 — Ecrasement lateral 2 — Ligament arqué sous pubien 3 — Ecrasement mediant 4 — Chaudepisse cordée. 5 — Region perinéo - bulbaire

از آن در ناحیه‌غشائی(۱)، و بالاخره در ناحیه قضیبی (۲) و پرستاتیك اتفاق میافتد. گذشته‌ازدو ناحیه‌غشائی و پرستاتیك چون‌سایر بخش‌های پیشابراه ازیك‌طبقه مخاطی داخلی ، یك طبقه اسفنجی میانی ، و یك طبقه لیفی خارجی تشکیل شده‌اند نوع انقطاع نیز درآنها برحسب قطع یك طبقه یا تمامی طبقات ، یك قسمت ویا تمامی یك‌طبقه ازساختمان مزبور فرق میکند.

اگر ضربه وارده هر سه طبقه مخاطی ، اسفنجی، و لیفی مجرا را پاره کرده باشد انقطاع را مجموع (۳) و اگریکی دوطبقه‌ازآنرا پاره نموده باشدانقطاع‌را بخشی (٤) گویند . در نوع بخشی انقطاع نیز بر حسب آنکه تنها طبقه اسفنجی پاره شده باشد ، یا طبقه اسفنجی و لیفی ، یا اسفنجی ومخاطی ، انقطاع‌رامیانی(٥)، یا بخشی خارجی ، ویا بخشی داخلی(٦) مینامند.

گذشته از انواع نامبرده اگرضربه وارده بنحوی باشد که قسمت محدودی از محیط مجرا ویا تمامی حلقه‌آن را پاره کند انقطاع را ناقص (۷) ویا کامل(۸) گویند . درنوع اول دو سر مجرای قطع شده بیکدیگر متصل و درنوع دوم از یکدیگر دور میباشند (هنگامیکه نوع انقطاع مجموع و کامل باشد این فاصله ممکن است بچند سانتیمتر بالغ گردد) .

بالاخره همراه با این تغییرات ضایعات دیگری نیز دراثر ضربه ممکن است پیش‌آمد نماید که جزو آنها ضایعات اطراف پیشابراه ، شکستگی استخوانهای لگن و بخصوص استخوانهای عانه را میتوان متذکر شد . در هرحال نوع انقطاع هرچه که باشد سیر تکاملش رو بیك تنگی مجرا و گاه مسدود نمودن کامل آن خواهد بود .

نشانی ها - مهمترین نشانیهائی که در انقطاع مجرای پیشاب توجه بیمار و پزشک را بخود جلب مینمایند درد ، خونریزی ازمجرا ، اشکال در ادرار کردن،

1- Reg. membraneuse 2 - Reg. penienne
3 - Rupt. totale 4-Rupt.partielle 5 - Interstitielle
6- Partielle externe ou interne 7 - Rupt.incomplète
8 - Rupt.complète

ورم ناحیه مضروب، و بالاخره خون‌مردگی است که شدت وضعف هریك از آنها بر حسب نوع انقطاع و مواضع مختلف آن فرق میکند .

درد - در انقطاع مجرای قضیبی اگر آلت بحال نعوظ باشد دردش نسبتاً شدید و در غیر از آن موقع عموماً کم و غیرقابل اهمیت است.

اما در انقطاع مجرای عجانی و مجرای خلفی شدت درد زیادتر و گاه منجر به بیهوشی و غش(۱) میگردد .

خونریزی از مجرا (۲) - در انقطاع مجرای قضیبی شدت خونریزی عموماً کم و بیش از چندقطره‌ای که پس از ایراد ضربه و در غیر از هنگام ادرار کردن از سماخ مجرا دفع میگردد نخواهد بود .

در انقطاع مجرای عجانی شدت خونریزی زیادتر و در غیر از مواردیکه لخته خون مانع دفع آن گردد از علائم حتمی خواهد بود .

بالاخره در انقطاع مجرای پرستاتیك و غشائی هم مقدار خونریزی خیلی کم و گاه اصلا وجود نخواهد داشت (خونهای مترشحه در مثانه جمع میشوند) .

اشکال در ادرار کردن(۳)- بیماران مبتلا بانقطاع مجرای قضیبی تنها در موقع ادرار کردن مختصری ناراحت شده، و اشکال مختصری هم در جریان پیشابشان حس مینمایند .

نزد مبتلایان به انقطاع مجرای عجانی اغلب اوقات احتباس ادراری دیده می شود .

در مبتلایان بانقطاع مجرای غشائی و پرستاتیك هم شاش بند تنها علامتی است که هنگام شکستگی لگن طبیب را متوجه امکان ضایعه مجرائی مینماید .

علت بروز شاش‌بند در این حادثه یکی فشار هماتوم محیطی بمجرااست، و دیگری دور شدن دوسر مجرای قطع شده از یکدیگر و لوله شدن مخاط آن‌ها بداخل مجرا . معذالك باید دانست که علاوه بر عوامل مزبور تشنج عصبی عاصره

---

1 — Syncope 3 — Uretrorragie 3 — Dysurie

غشائی نیز دراین کار دخالت دارد زیرا گاهی اتفاق میافتد که با وجود آزاد بودن مجرا و موجود نبودن هماتوم محیطی باز هم بیمار مضروب نمیتواند مثانه خود را خالی نماید .

ورم و برآمدگی(۱) - تورم ناحیه مضروب که نماینده هماتوم محیط مجرا است تنها در انقطاع مجاری قضیبی و عجانی و بخصوص هنگامیکه نوع انقطاع بخشی خارجی باشد ممکن است دیده شود . شدت تورم در ناحیه قضیبی کم، و در ناحیه عجانی قابل توجه و گاه باندازه‌ایست که مثل یك دمل ادراری فیمابین سوراخ مخرج وریشه پوست بیضه برآمدگی پیدا میکند (درانقطاع مجرای غشائی ممکن است چندروزی پس از بروز حادثه ورمی در ناحیه عجان ظاهر گردد) .

خون مردگی (۲) - بروز خون‌مردگی‌های زیرجلدی درانقطاع مجرای قضیبی کم و اتفاقی ، در انقطاع مجرای عجانی زیاد و حتمی، ودر انقطاع مجرای غشائی تنها پس ازچندروزی ممکن است در ناحیه عجان جلب‌توجه نماید .

پس بطور خلاصه شدت ناراحتی‌های بیمار و نشانی‌های حاصله از انقطاع پیشابراه برحسب شکل انقطاع وموضع آن تغییر میکند؛ چنانچه‌درمجرای قضیبی که نوع انقطاع ناقص و بخشی است شدت ناراحتی‌ها کمتر،در مجرای عجانی که نوع انقطاع مجموع اما گاه ناقص و گاه کامل است علائم شدیدتر، و بالاخره در مجرای غشائی و پرستاتیك که نوع انقطاع همواره مجموع و کامل است شدت ناراحتی ها بحد اعلا خواهد رسید.

تشخیص - تشخیص انقطاع مجرای قدامی پیشاب عموماً آسان و با شنیدن شرح‌حال بیمار و مشاهده نشانیهای خونریزی از مجرا، اشکال در ادرار کردن، و ورم ناحیه مضروب ممکن ومیسر میباشد.

اما در انقطاع مجرای خلفی یعنی مجرای غشائی ووزیی که عموماً پس از ضربه‌های وارده بلگن خاصره ایجاد شده و با احتباس ادراری همراه است این

---

1 - Tuméfaction (gonflement)   2 - Ecchymose

تشخیص قدری مشکل و با پاره گی‌ها و انقطاع مثانه (۱) قابل اشتباه خواهدبود.
(برای جلوگیری ازاین اشتباه وتشخیص واقعی حوادث نامبرده از یکدیگر کافی است که مثانه بیمار را میل بزنند زیرا در انقطاع پیشابراه یا میل انتخابی ازمجرا عبور نمینماید،ویااگرهم ازآن گذشته و وارد مثانه شود مقدار زیادی ادرار بیرون خواهدآورد؛درصورتیکه هنگام پاره گی مثانه یا انقطاع آن میل انتخابی براحتی ازمجرا میگذرد اما پس از ورود در مثانه‌ازچند سانتی‌متر مکعب ادرارخون‌آلود بیرون نخواهدآورد.)

سیر و عاقبت - پیشرفت انقطاع مجاری قضیبی و عجانی بسرعت روبتنگی پیشابراه و ایجاد علائم وآثاری دراین زمینه میباشد . همچنین درمجرای غشائی و وزیی‌هم که ضیقی ایجاد نمیگردد چون دوسرمجرای قطع شده از امتدادیکدیگر و محور اصلی مجرا منحرف میگردند اشکالات ادراری نامبرده بحد اعلای شدت خود میرسند . بالاخره‌آنچه که عاقبت این حادثه را خطرناک ومشکوك میسازد بروز عوارض عفونی مثل دمل‌های ادراری و بخصوص ارتشاح ادراری است که گاه بلافاصله پس ازاصابت ضربه (دراثرعفونت یافتن هماتوم حاصله)، وگاه پس از مدتی (دراثر پیدایش تنگی مجرا) دامنگیر بیمار میگردد .

درمان - بیماران مبتلا بانقطاع پیشابراه یا بعلت خونریزی از مجرا و یا بعلت‌شاش‌بند ویا هردوی آنها مراجعه مینمایند .

۱) - اگر بیمارمیتواندادرار کند وخونریزی ازمجرایش هم‌قابل توجه‌نیست بایداو را بحال خود باقی گذارده و تنها بتجویز مختصری از داروهای ضدعفونی کننده ادراری وضد خونریزی اکتفا کرد .

۲) - اگر بیمار میتواند ادرار کند اما بزرگی‌هماتوم محیط پیشابراه‌موجب وحشت، ویاشدت خونریزی ازمجرا زیاده ازحد باشد، باید اولی را عمل‌جراحی نموده وبرای جلوگیری از دومی‌هم میل متمکنی در مجرای پیشاب گذارده وآلت را روی آن پانسمانی محکم کرد، و چنانچه میل متمکن هم برای جلوگیری از

1—Déchirure ou rupture de la vessie .

خونریزی کافی نباشد موضع ضربه‌را باز کرده‌وسرخ رگ پاره شده‌ای‌را که‌موجب ادامه خونریزی است محکم بست.

۳) ـ اگر بیمار نتواند ادرار کند وانجام عمل جراحی دقیقی‌هم میسر نباشد باید سعی کرد که درنهایت احتیاط یك میل لاستیکی نلاتون را ازمجرا گذرانده و مثانه وی‌را خالی کرد (با رعایت کامل ضدعفونی و دقت در میل‌زدن) : حال‌اگر میل وارد مثانه شده وهماتوم مهمی هم درمحیط مجرا وجود ندارد آنـرا متمکن گذارده وهر یك‌روز یا دو روز درمیان عوضش میکنند (بعقیده بعضی‌ها اگردر اینگونه موارد میل از مجرا عبور کرد باید آنرا چند روزی بدون عوض کردن متمکن گذارد) تا آنکه وضع بیمار بهتر شده ودوسر مجرا نیز بیکدیگرجوش بخورند. اما اگر هماتوم محیط‌مجرا بزرگ و قابل توجه است بـا وجود امکان گذاردن میل باید از آن صرفنظر نموده، هماتوم محیط مجرا را باز کرده، و مثل مواقعی که میلی وارد مثانه نمیشود از بزل مثانه (۱) ویاسیستوستومی‌استفاده‌نمود.

٤) ـ بالاخره اگر بیمار نتواند ادرار کند اما وسایل اجرای عمل مهیا باشد بعقیده بعضی از متخصصین باید میلی وارد مجرا کرده (قبل از سیستوستومی و یا بعد از آن)، مجرا را روی آن ترمیم نموده، وپس از یك سیستوستومی در همان جلسه میل‌را خـارج نمایند . اما بعقیده ماریون در این قبیل موارد تنها باید بیك سیستوستومی‌فوری اکتفا کرده و چنانچه هماتوم قابل توجهی هم در اطراف‌مجرا وجود داشته باشدآنرا نیز باز نمایند تا آنکه بدین وسیله از بروزعفونت احتمالی در محیط مجرا جلوگیری نموده، وبعداً هم راجع بضیق حاصله از انقطاع مجرا تصمیم مقتضی اتخاذ نمایند .

۳ ـ مجرای کاذب(۲)

تعریف ـ مجرای کاذب پارگی مخصوصی از پیشابراه را گویند که هنگام وارد کردن اسبابی دراین‌عضو از داخل بخارج وبوسیله نوك اسباب مستعمله ایجاد گشته باشد.

---

1 — Ponction de la vessie. 2 — Fausse route

علت و سبب ــ گرچه در بعضی ازموارد جدار مجرای پیشاب باندازه‌ای ترد وعاری ازمقاومت میگردد که نرم‌ترین میل‌ها وماهرترین دستهاممکن است مخاطش را پاره کرده و مجرای کاذبی در آن ایجاد نماید اما بطور کلی اگر شکل و انحنای اسبابیکه وارد مجرا میکنند با شکل طبیعی و کالبد شناسی آن مطابقت داشته ، و دست کار کرده ومطلعی هم مجری این عمل باشد کمتر اتفاق میافتد که چنین حادثه‌ای پیشآمد نماید. با این وصف باید بخاطرداشت که هرچه اسباب مورد استفاده سختتر و نوکش تیزتر و رویه عمل هم خشن‌تر و ناشیانه‌تر باشد احتمال پیدایش مجرای کاذب نیز بیشتر داده خواهد شد. بالاخره علل مستعد کننده زمینه ومولد این حادثه درموارد مختلف مختلف بوده و برحسب آنهم که مجرای ادرارسالم ویامعیوب باشد متفاوت می باشند .

درمجاری سالم وطبیعی ممکن است نوك میل‌های سخت وباریك داخل یکی از دریچه‌ها(۱) یا لاکون های جدار فوقانی و یا بن‌بست بصلی(۲) شده و در اثر فشار دست عامل عمق آنرا سوراخ نموده ومجرای کاذبی ایجاد نماید.

اما درمجاری معیوب آندسته از بیماریهائیکه علل مستعد کننده بروزمجرای کاذب هستند تنگی‌های مجرای پیشاب، عظم‌غده‌وزی ، ودمل های ادراری میباشند.

در تنگی‌های مجرا بخصوص اشکال نخی‌شکل آن نوك میل در کنارسوراخ ضیق تکیه نموده و کم یا زیاد مخاط ملتهب مجرا را سوراخ مینماید .

در عظم غده وزی بهترین عوامل مستعد کننده جهت پیشآمد مجرای کاذب وجود دارند زیرا از یکطرف مجرای خلفی پیشاب تغییر شکل پیدا کرده ومانعی را برای عبور میل می سازد ، از طرف دیگر هم رکود پیشاب درمثانه مولد احتقان شدید مجرا وموجب عدم مقاومت آن میگردد ؛ بالاخره علل مستعد کننده مزبور بخصوص هنگامیکه با ناراحتی بیمار در اثر شاش‌بند وتحریك‌نمودن پزشك بوارد نمودن‌میل درمثانه توأم گردند موجب آن میشوند که درصورت عدم دقت کافی نوك میل درجدار مجرا فرو رفته ومجرای کاذب کم یا زیاد خطرناکی بوجود آید.

---

1 – Valvules 2 – Cul-de-sac bulbaire

بالاخره بعضی اوقات‌هم نوك میل درحفره‌های چرکی منضم بمجرای پیشاب مثل حفرات‌چرکی غده‌وزی یا محیط‌مجرا وارد شده وجدارآنهارا سوراخ‌مینماید

آسیب‌شناسی - محل حدوث مجاری کاذب عموماً در سطح تحتانی یا خلفی پیشابراه وتنها هنگامی درسطح فوقانی آن است که نوك میل در سوراخ یکی از لاکون‌ها وارد ویا درمقابل ضیق نخی شکلی متوقف شده باشد.

این مجاری کاذب هر قدر بمثانه نزدیکتر اتفاق افتند عمیق‌تر و خطرناك‌تر خواهند بود بطوریکه درمجرای قضیبی و بیضه‌ای عموماً شامل قسمت مخاطی ودر مجرای بصلی شامل قسمت مخاطی، نسج اسفنجی و گاهی هم محیط مجرا بوده، و بالاخره درمجرای پرستاتیك ممکن است نوك اسباب کم یا زیاد در نسج غده‌وزی فرورفته ویا سرتاسرآنرا سوراخ نموده ووارد مثانه گردد.

نشانی‌ها - مهمترین نشانی‌هائی که هنگام میل زدن وپس ازحدوث مجرای کاذب درپیشابراه جلب توجه میکنند عبارتند از:

۱) - بیشتر اوقات نوك میل در موضع حادثه متوقف شده و از حرکت باز میماند، وچنانچه مختصری هم جلوتر رود تا عمق مجرا داخل نخواهد شد مگـر درمواردیکه بعلت فشار بی‌حد دست عامل نوك میل تمـام ضخامت جدار را عبـور کرده ووارد راست‌روده شود، یاآنکه ازغده‌وزی عبور نموده ووارد مثانه گردد.

۲) - باستثنای مواردیکه نوك میل تمام ضخامت غده وزی را عبور نمـوده و وارد مثانه شده باشد ادراری از سوند خارج نشده ومایعی‌هم درآن تزریق نمی توان کرد.

۳) - بالاخره در موقع وارد کردن میل و یا پس از درآوردن آن مقداری خون‌ازمجرا دفع‌میشود که اندازه آن گاه مختصروغیرقابل‌اهمیت، و گاه‌فوق‌العاده زیاد وموجب وحشت (درمجرای کاذب ناحیه پرستات) خواهد بود.

تشخیص - دقت درنشانی های مزبور برای تشخیص حدوث مجـرای کاذب درموقع میل‌زدن کافی وتنها درمواردیکه این‌ضایعه درضخامت غده پرستات ایجـاد شده و تا مثانه ادامه پیدا کرده باشد کمی ناقص خواهدبود، زیرا دراین‌قبیل‌موارد

بعلت واردشدن میل درمثانه(ازطریق مجرای کاذب) ادرارازآن خارج شده ومایع هم درآن میتوان تزریق کرد. برای تشخیص این قبیل مجاری کاذب دوعلامت دیگر مارا هدایت میکنند که یکی ازآنهافشارفوق العاده واعمال زور برای پیش بردن میل، و دیگری خونریزی شدید و ناراحت کننده ایست که پس از میل زدن جلب توجه می نماید .

حال اگر بیمار مضروب را درجای دیگری میل زده باشند تشخیص مجرای کاذب چگونه خواهدبود؟ - دراینجا گذشته ازآنکه شرح حال بیمار ، اطلاع ازعدم موفقیت درمیل زدن ، و خونریزی بعدی فکر را متوجه یك مجرای کاذب مینمایند میل زدن تفتیشی مجرا نیز تشخیص حادثه را محرز و مسلم خواهد کرد زیرا دراینگونه موارد اغلب نوك میل انتخابی در مجرای کاذب متوقف مانده و براحتی در مثانه داخل نمیگردد .

سیر و عاقبت - سیر مجاری کاذب نسبتاً سریع ، پیشرفتشان رو به بهبودی ، وعاقبتشان عموماً بخیر است اما گاهی هم اتفاق میافتد که خونریزیهای شدید هنگام عمل ویا عفونتهای بعدی موجب ناراحتی بیمار میگردند. (عفونت مجاری کاذب نادر وتنها درمواردی ممکن است دیده شود که ادرار بیمار محتوی میکرب بوده ویا اسبابهای مستعمله کثیف وکاملا ضد عفونی نشده باشند) .

درمان - درمان مجاری کاذب برحسب شاش بند بودن یانبودن بیمار فرق میکند.

۱) - درمواردیکه بیمار مبتلا بمجرای کاذب شاش بند نبوده و هنگام تفتیش ویا اتساع مجرا این حادثه برایش پیشآمد کرده باشد اگر خونریزی ازمجرا زیاد نیست اورا بحال خود باقی گذارده ، وتنها یکهفته ازتفتیش ویا اتساع دادن مجرا معافش میدارند. اما اگر خونریزی از مجرا زیاد و موجب وحشت باشد باید میل متمکنی درمجرا گذارده و آلت را روی آن محکم ببندند تاآنکه بدین وسیله هم احتباسی پیشآمد ننماید وهم خونریزی از مجرا بند آید.

۲) - درمواردیکه بیمارمبتلا بمجرای کاذب بعلت شاش بند مراجعه نموده باشد روش درمان برحسب آنکه علت بروز احتباس ادراری عظم غده وزی و یا ضیق

مجرا باشد تا اندازه‌ای فرق میکند.

درآدنم پرستات ـ در عظم غده وزی ویا مواردیکه پس از حدوث مجرای کاذب احتباس‌ادراری پیشآمد کند چون مجرای کاذب درسطح‌تحتانی پیشابراه‌واقع شده است میل انتخابی برای رفع احتباس هم بترتیب تقـدم میل نوك خمیده ساده (بکی)، یامیل‌نوك‌خمیده‌باماندرن، ویا میل نوك‌خمیده‌ای که انحناء بنیکه‌را داشته باشد خواهد بود. اما درصورت عدم موفقیت مرتباً بیمار را بزل مثانه باید کرد تا شاید بدین‌وسیله احتقان موجوده درمجرا مرتفع شده ، و بیمار مبتلا موفق بادرار کردن ، ویا پزشك معالج موفق بگذاردن میل متمکن گردد . بالاخره اگر بدین طریقه‌هم موفقیتی حاصل نگردد باید مثانه بیمار را در بالای استخوان عانه باز نموده (سیستوستومی) ، و میل متمکنی در آن قرار داد .

درتنگی های پیشابراه ـ درتنگی های مجرای پیشاب چون موضع حدوث مجرای کاذب معین نیست انتخاب نوع میل‌هم آسان نخواهد بود ، منتها در هرحال باید کوشش کرد تا شاید میل نخی شکلی درمجرا متمکن گذارده شود. درصورت عدم موفقیت هم مرتباً باید بزل مثانه کرده و ازا ستحمـام با آب گرم و داروهای ضد تشنج استفاده‌نمود تا شاید بدین‌وسیله شاش‌بند بیمار مرتفع و یا میل انتخابی وارد مثانه شود. بالاخره اگر با این‌روش درمان هم موفقیتی حاصل‌نگردید بـاید به سیستوستومی بیمار مبادرت ورزید.

۳ـ زخمهای پیشابراه (۱)

تعریف ـ اگر ضربه وارده از خارج بمجرای پیشاب فضای داخلی آنرا از راه جلد با محیط خارج مربوط سازد ضایعه حاصله از آنرا زخم مجرا گویند.

علت‌حادثه‌و آسیب‌شناسی ـ حادثه زخم مجرا بیشتر ازموارد دردوران‌جنك وبوسیله اسلحه های سوراخ کننده ، برنده ، ویا له کننده اتفاق می‌افتد .

در زخم‌های حاصله از اسلحه های سوراخ کننده ضایعات تشریحی چنـدان اهمیت ندارند؛امادر نوع دوم خط برش‌مجرایا عمود بر محورا‌صلی ویا نسبت‌به‌آن

---

1 - Plaies de l'uretre

مورب ؛ و درزخم‌های حاصله از اسلحه های له کننده (قطعات خمپاره وغیره) هم اغلب مقداری از نسج مجرا از بین رفته ، و چنانچه شامل مجرای خلفی‌هم شده باشد ضایعات استخوانی وعروقی مهم دیگری نیز باآن دیده خواهدشد.

درهرحال زخم های پیشابراه بهر صورت که‌باشند آنقدر که رو به تشکیل فیستول‌میروند‌مولد تنگی مجرا نمیگردند(باستثنای‌مواردیکه‌مقداری از نسج‌مجرا از بین رفته باشد) .

نشانی‌ها ـ نشانی‌های مهم زخم‌مجرا درمرحله اول یعنی پس‌ازاصابت ضربه یکی خونریزی ازمجرااست (۱) و دیگری خروج ادرار از زخم .

در مرحله دوم یعنی اگرچند ساعتی ازوقوع‌حادثه گذشته و اقدام مقتضی‌هم بعمل نیامده باشد اغلب اوقات نشانی های یك آماس محیط مجرا (۲) یعنی دمل ادراری‌و یا ارتشاح ادراری‌نیز جلب توجه مینمایند .

بالاخره درمرحله‌سوم‌یعنی‌پس از گذشتن‌دوره های‌نامبرده‌یاعلائم‌یك‌فیستول ادراری،یاتنگی‌مجرای‌پیشاب، ویاوجودچرك‌درادرار موجب مراجعه بیمارمیگردد.

تشخیص ـ تشخیص‌زخمهای‌مجرای‌قدامی باوجودخونریزی‌مجرائی وخروج پیشاب اززخم آسان ، و درزخمهای مجرای خلفی‌هم بامشاهده خونریزی ازمجرا و شاش بند بودن بیمار مشگل نخواهد بود (میل زدن مجرا نیز تشخیص افتراقی آنرا از زخم‌های مثانه آسان مینماید) .

درمان ـ درزخمهائیکه بعلت‌تصادم بااسبابهای سوراخ کننده ایجاد شده‌اند اقدام مهمی لازم نمیباشد .

درزخمهائیکه بعلت‌تصادم‌باحربه‌هایااسبابهای‌برنده‌مثل‌شمشیر، سرنیزه، چاقو وغیره ، ویا حربه‌های له کننده مثل گلوله تفنك یا قطعات خمپاره ایجاد شده اند دوسر مجرای قطع‌شده‌را پس ازترمیم بیکدیگر دوخته و برای پرهیز از گذاردن سوند متمکن وبروز عفونت‌هم سیستوستومی مینمایند.

درمرحله ثانوی حادثه اگر دمل ادراری یا ارتشاح ادراری پیدا شده باشد

---

1 – Uretrorragie 2–Périuretrite

آنهارا باز نموده وسیستوستومی میکنند .

بالاخره دردوره نهائی هم تنگی های مجرا ، فیستول‌های موجوده ، و یـا عوارض دیگری‌را که بیادگار باقی مانده اند مطابق معمول درمان مینمایند.

۴ - ترکیدن پیشابراه (۱)

ترکیدن‌پیشابراه نتیجه اتساع زیاده‌ازحد درون آن‌است دراثر تزریق‌مایعی تحت فشار و یا دخول اسبابی ضخیم.

علل اصلی ومهم ترکیدن‌مجرای پیشاب یکی‌میل‌زدن ودیگری تزریق‌تحت فشار داخل آنست.

نشانی های مهم این‌حادثه یکی درد و دیگری خونریزی از مجرا است که عموماً کم وغیرقابل اهمیت میباشند ، اما گاهی‌هم این‌خونریزی ازمجرا زیاده‌ازحد وموجب وحشت میگردد .

برای پیشگیری ازوقوع چنین حادثه‌ای باید مجرا را متدرجاً وطبق دستور متسع کرده ، وبرای‌درمان‌خونریزی اتفاقی‌هم میل متمکنی درمجرا قرار دارد .

1 - Eclatement de l,uretre

دوم - آماسهای پیشابراه(۱)

مهمترین اشکال آماسهای پیشابراه آماسهای سوزاکی، سلی، سیفلیسی،و آنهائی هستند که در اثرمیکروبهای چرکزای معمولی ایجاد میشوند.

آماسهای سوزاکی پیشابراه (۲)

چون وفور این دسته از آماسها فوق العاده زیادتر از آماسهای دیگر مجر است لذا ماهم بحث دراطراف آن‌را مقدم براشکال دیگرقرار داده ودرتشخیص افتراقی آن نکاتی هم درباره سایرین متذکر خواهیم شد.

آماسهای سوزاکی مجرا خود بدو دسته مهم تازه و کهنه تقسیم میشوند که هریك ازآنها در نزد مردان وزنان جداگانه قابل مطالعه وبررسی میباشند.

سوزاك مجرای پیشاب درنزد مردان

۱ - سوزاك حاد (۳)

تعریف - سوزاك تازه یا سوزنك عبارتست ازآماس‌حاد مخاط پیشابراه در اثر میکروب مخصوصی بنام میکرب سوزاك یا گونو کوك.

علت و سبب - بیماری سوزاك مخصوص دوره معینی از زندگی نمیباشداما با وجود این نزد جوانان واشخاص بالغ بیشتراز کودکان وپیرمردان دیده میشود.

علت ابتلاء و گرفتاری باین بیماری مقاربت با اشخاص مبتلا است منتها در بعضی از موارد هم دستهای آلوده، دستمال آلوده، لنگ حمام، ویا اسباب‌های جراحی مثل میل و سرنگ وغیره نیزموجب سرایت وانتشار این بیماری میگردند.

علل مستعد کننده (۴) - هیچکس نسبت بسوزاك مصونیت‌طبیعی ندارد ودراثر

---

1 - Uretrites 2 - Uretrites blennorragiques

3 - Uret. blennorragique aigue 4 - Causess favorisantes

ابتلاء بآن هم مصونیت نمی یابد ، اما برعکس عده‌ای از ناهنجاریهای دستگاه تناسلی و برخی عوامل دیگر که بنام علل مستعد کننده معروفند ابتلاء بدان را آسانتر و حتمی‌تر میسازند . مثلا نزد اشخاصیکه سماخ مجرایشان گشادتر از اندازه طبیعی و یا درزیر آلت واقع شده باشد (۱) میکرب سوزاك بهتر و بیشتر میتواند داخل مجرا گردد ، یا نزد اشخاصیکه سوراخ ختنه گاهشان تنگ است (۲) میکربهای موجوده در ترشحات مدت بیشتری در مجاورت سماخ باقی مانده و بهتر میتوانند بداخل مجرا نفوذ نمایند ، همینطور آنانکه مقاربتهای طولانی و مکرر در یك جلسه میکنند بعلت احتقان شدید مجرا زمینه مساعدتری برای نمو میکرب تهیه خواهند کرد ، و یا بالاخره آنانکه بهنگام قاعدگی با زنان مقاربت مینمایند بعلت حدت و شدت میکربها در آن دوره (یا دراثر احتقان و یا توجه میکرب بیشتری از غدد اطراف بدرون مهبل و پیشابراه) زودتر از سایر موارد به سوزاك مبتلا میگردند .

علت واقعی یا عامل مولد بیماری (۳) ـ عامل مولد بیماری سوزاك میکرب سوزاك یا گونوکوك است که برای اولین دفعه در ۱۸۷۹ بوسیله نیسر (٤) آلمانی کشف شده و درسال ۱۸۸٤ هم بلوم (٥) آنرا کشت نموده است .

جسم این میکرب از دو دانه کوچك مجاور با یکدیگر تشکیل شده است (دیپلوکوك) که مجموعاً درغلاف شفاف و نسبتاً مقاومی قرار گرفته‌اند.

پهنای میکرب سوزاك در حدود یك تا دو دهم مو ، طولش در حدود پنج مو ، و اگر ضخامت غلافش را نیز برآن بیافزایند حجمش دو برابر اندازه مزبور خواهد شد.

شکل هریك از دانه‌های گونوکوك شبیه بدانه قهوه یالوبیائی است که کنار محدبش بطرف محیط و کنار مقعرش بسوی دانه دیگر باشد . فاصله این دو دانه از یکدیگر باندازه ضخامت یکی ازدانه‌ها ودرصورتیکه چند گونوکوك دورهم

1-Hypospade 2-Phymosis 3-Cause determinante
4 - Neisser 5 - Blume

جمع شده باشند فاصله هر یك از آنها از دیگری باندازه حجم یك گونوكوك خواهد بود .

اجتماع گونوكوكها بدور یکدیگر عموما بعده‌زوج وچنانچه‌جزوترشحات مجرا باشند در داخل‌لوكوسیت‌ها و نزدیك بهسته‌هایشان دیده میشوند (از خواص مشخصه گونوكوك) مقاومت میکرب سوزاك درمحیط خارج خیلی کم‌وبنحویست که در حرارت ٤٠ درجه در عرض چند ساعت از بین میرود ، اما در بدن انسان یعنی درون پیشابراه و غدد منضمه بآن ماهها و سالها مقاومت نموده و زنده باقی میماند .

کشت این میکرب تنها درمحیطهائیکه محتوی سرم خون انسان یا حیوان باشند (۱)ممکن، و پس از ۱٦ تا ۲٤ ساعت که در حرارت ۳۷ درجه و روی چنین محیطی نگاهداشته شوند‌توده‌های‌سطحی‌سفید یادرخشنده‌و گردی‌راتشکیل‌میدهند که کم کم نیمه کروی شده و درعرض چند هفته از بین میروند.

بالاخره برای رنك کردن گونوکوك ممکن است از محلول اشباع شده بلودومتیلن و یا رنك گرم (رنك گرم را بخود نمیگیرد) (۲) که در کار های آزمایشگاهی مفصلا شرح داده خواهد شد استفاده نمود.

آسیب‌شناسی ــ تغییرات کالبدشناسی پیشابراه درسوزاك‌تازه توسط یکی‌از علمای‌آلمانی بنام فینگر (۳) شرح داده شده است. این‌شخص مقداری از میکرب سوزاك را در مجرای پیشاب عده‌ای از بیماران بحال نزع تزریق نموده و آنانرا پس ازمرگ اتوپسی کرده تا آنکه بتواند ضایعات حاصله را کشف و تعیین‌نماید.

بررسی‌ها و مطالعات نامبرده حائز اهمیت وشامل تغییرات مخاط ، تغییرات نسج تحت مخاطی ، و ترشحات موجوده یعنی چرك حاصله از وجود میکروب می باشند .

تغییرات مخاط و نسج تحت مخاطی مجرا ــ درسوزاك حاد مخاط پیشابراه

1 - Serum gelose 2 - Gram négatif 3 - Finger.

قرمز و ناصاف بوده و در نقاط مختلفه‌اش ممکن است قطعات غشاء کاذبی نیز دیده شود. در آزمایش ذره‌بینی مخاط مجرا و نسج تحت مخاطی آن نیز تغییرات زیادی جلب توجه میکنند که مهمترینشان عبارتند از تفلس اپیتلیوم مخاط در نقاط مختلفه مجرا، وجود گونوکوک درسلولهای سطحی و درغدد مترشحه منضم‌مجرا و همچنین بین سلولهای پوششی، وبالاخره وجود گلبول‌های سفید چند هسته‌ای که بخصوص در طبقه تحت مخاطی و اطراف غدد لیتر زیادتر دیده میشوند (۱) (همین ارتشاح لوکوسیتر است که درصورت‌مزمن شدن بیماری‌مولد نسوج لیفی‌وپیدایش‌تنگیهای مجرا نیز میگردد).

چرك سوزاکی - خواص فیزیکی ترشحات سوزاکی درعلائم بیماری‌تذکر داده خواهند شد، اما مشخصات ریزبینی آنها که اینجا مطالعه میگردد حائزاهمیت بوده و مهمترینشان تشخیص عناصرمشکله ترشحات یعنی میکرب‌های سوزاك، لوکوسیت‌ها،وسلول‌های اپیتلیال‌میباشد.

هرقدر که میکرب‌های سوزاك و بیماری حاصله ازآن حدت زیادتری داشته باشند تعداد لوکوسیت ها زیادتر و سلول های اپیتلیال کمترمیشود، در صورتیکه هر قدرمیکرب سوزاك رو بنا بودی و بیماری حاصله رو به بهبودی گراید مقدار لوکوسیتها کمتر شده و برتعداد سلولهای اپیتلیال افزوده میگردد.

گذشته ازاین عناصر سلولی دردوره‌های آخر بیماری‌میکربهای‌دیگری‌نیز از قبیل استافیلوکوك و استرپتوکوك در ترشحات سوزاکی یافت میشوند که وجودآنها در برقراری عفونت و ناراحتی‌های بیمار در اواخر سوزاك عامل مؤثر می باشد.

بالاخره مجموعه تغییرات نامبرده‌پس ازابتلاء مجرای خلفی‌پیشاب، یامجاری غیرطبیعی منضم‌بمجرا، و یا لاکون‌های مرگانیی(۲) وغیره نیز درآن‌نواحی قابل

---

1 — Infiltration leucocytaire.

2 — Lacunes de Morgagnie.

ملاحظه بوده وجلب توجه مینمایند (ابتلای مجرای خلفی پیشاب درسوزاك حاداغلب از روز چهارم ببعد دیده میشود ، اما در یك چهارم از موارد در روز دوم و درسه چهارم از موارد ازپانزدهمین روز علائم وآثارش ظاهرمیگردند) .

نشانی ها - ازهنگام یك مقاربت مظنون تا بروز اولین نشانی سوزاك (۱) عموماً دوتا پنج روز فاصله خواهد بود (گاهی هم دوره کمون سی ساعته ویابرعکس ۱۵تا۲۰ روزه دیده شده است).

شروع بیماری - اولین علامتی که در شروع سوزنك جلب توجه میکنند حس غلغلك وخارش مختصری است درنوك مجرا که همراه باقرمزی مختصرهمین ناحیه وترشح زلال وبیرنك موجوده درسماخ میباشد .

دوره برقراری (۲) - در دوره برقراری سوزاك ترشح بیرنگ ابتدائی بسرعت عوض شده و برنك زرد یا سبز درمیآید ، بعلاوه مقدارآنهم فراوانتر وبر غلظتش نیز افزوده میگردد .

سرآلت قرمز ومتورم ، سماخ مجرا قرمز برافروخته ، ومخاط مجرا اغلب بخارج سماخ برآمدگی پیدا میکند(۳)؛ در روی پوست آلت آماس سفید رگها(٤) مشهود ، خود مجرا درملامسه سخت وحساس وحتی دردناك ، و غدد لنفاوی کشاله ران نیز کم وبیش متورم و دردناك میباشند (٥).

جهش پیشاب و قطر آن نیز بعلت تورم مخاط و تنگی فضای داخلی مجرا تغییر نموده گاهی باریك ،گاهی قطره قطره آمده ، و گاهی هم بعلت احتقان فوق العاده و بروز تشنج عصبی درعاصره غشائی بکلی بند میآید.

با تمام این احوال بیماران مبتلا بسوزاك در خارج از موقع پیشاب کردن شکایتی جزاحساس سنگینی و ناراحتی مختصر درطول مجراندارند. هنگام ادرار کردن هم یعنی درحین عبورپیشاب از مجرای ملتهب از سوزش و دردی شکایت

---

1 - Periode d' invasion ou d' incubation.
2 - Période d' état 3 - Ectropion 4 - Lynphangite
5 — Adénite.

میکنند که شدت وضعفش رابطه مستقیمی با شدت بیماری داشته، و گاه باندازه‌ای ناراحت کننده و طاقت‌فرسا هستند که نه‌تنها جرئت ادرار کردن را بآنان نمیدهند بلکه بهیچ‌زبانی‌هم قابل توصیف نمیباشند (خوشبختانه این درد وسوزش تنها در طول مدت خروج ادرار از مجرا مزاحم بیمار بوده و بلافاصله پس از اتمام ادرار خاتمه پیدا میکند).

گذشته از درد های مزبور احتقان شدید آلت در اثر آماس موجب نعوظ های مکرری میشود که آنها نیز بنوبه خود مزاحم بیمارند، بخصوص اگر جسم اسفنجی التهاب وورم زیادی داشته باشد شدت این ناراحتی‌ها بحد اعلای خود خواهد رسید زیرا آماس و ورم موجوده در جسم اسفنجی مانع از آن میگردد که این‌عضو نعوظی‌هم‌درموقع نعوظ باندازه‌اجسام غاری‌شکل‌درازا پیدا کرده و بالنتیجه آلت بیمار کاملا راست گردد. با اینوصف آلت رو بپائین خمیده شده و کششی که اجسام‌تو خالی برای‌ازبین بردن خمیدگی آن بکار میبرند دردهای طاقت‌فرسائی را موجب خواهد شد (۱).

دوره بهبودی(۲) - پس از چند روزیکه از دوران شدت بیماری گذشت دوره بهبودی فرا میرسد.

ترشحات مجرا در این دوره بتدریج کم شده، رنگشان خاکستری و سپس بیرنگ گشته، غلظتشان نیز کم و بالاخره آبکی خواهد شد.

قرمزی وورم‌آلت ازبین رفته، سوزش درد هنگام ادرار تخفیف یافته، بی اشتهائی و خستگی بیمار مرتفع شده، و بالاخره خود بخود ویا پس‌از درمان‌لازم بهبودی کامل حاصل میگردد.

نشانی های سرایت سوزاك بمجرای خلفی - مجموعه‌نشانی‌های‌حاصل‌از ابتلای مجرای خلفی را بدین‌ترتیب میتوان خلاصه نمود:

1— Chaudepisse cordée.

2— Période de declin.

بیماری که تا دیروز چرك زیادی دفع میکرده نـاگهان ترشحات مجرایش کم‌میشوند (مثل اینکه میکرب حالت تعرضی بخود میگیرد)، اما از فردای آنروز و یا پس‌فردا تکرر ادرار پیدا میکند ، گاه گاهی مقدار چندسانتی‌متر مکعب چرك با جهشی شبیه بجهش منی و با حس خوش آیند از مجرایش دفع مینماید ، بمحض آنکه حس‌ادرار کرد مجبور است که مثانه را تخلیه کند(۱)، ناحیه‌عجانش ناراحت شده ودرتوشه رکتال‌نیز حس درد و ناراحتی‌مینماید ، بالاخره درآخر ادرار کردن حس درد مختصری‌نموده وممکن است یکی دوقطره هم ادرارخون‌آلود ویاخون خالص دفع نمایـد ، گذشته از اینها پیشاب گـیلاس سومش نیز مـانند گیلاس اول (آماس مجرای قدامی) دارای فیلامانهای سنگین کـه خود نماینده ابتلای مجرای خلفی هستند خواهد بود .

اشـکال مختلفه سوزاك حـاد و دوره بیماری ـ سوزاك حـاد بـر حسب شدت علائم و کوتاهی دوره کمون ممکن‌است باشکال‌فوق حاد ، حاد ، ویا تحت‌حاد جلب توجه نماید .

در اشـکال فوق حـاد دوره کمون خیلی کوتاه و شدت نشانیها غـیر قابل توصیف است .

در اشکال حاد دوره کمون‌متوسط بین‌دو تا پنج‌روز و نشانی‌های‌حاصله‌نسبتاً شدیدند .

بالاخره‌در اشکال تحت‌حاد که باصطلاح‌عامیانه همان گرمی کردن‌بیمارند(۲) دوره کمون طولانی و نشانیهای موجوده غیرقابل اهمیت میباشند .

درهرحال دوره سوزاك حاد ومدت زمانیکه برای معالجه‌آن لازم است در موارد مختلف متفاوت خواهد بود چنانچه بعضی اوقات بیش از چند روزی طول نکشیده، و برخی مواقع هم تا یکماه و نیم الی دوماه ادامه پیدا میکند . (پیدایش پنی‌سیلین کمك مؤثری بکوتاه نمودن دوره سوزاکهای حاد نموده است)

1— Miction imperieuse.

2— Echauffement.

عوارض سوزاك ـ عوارض سوزاك حاد یا اختلالاتی هستند موضعی و یا عمومی .

عوارض موضعی سوزاك که از نظر طریقه و تغییر روش درمان ، طولانی شدن مدت بیماری، ومشکوك نمودن عاقبت آن اهمیت بسزائی دارند از جلو بعقب عبارتند از بالانوپوستیت ، بالانیت ، لنفانژیت ، فلبیت ، فولیکولیت ، کوپوریت ، پرستاتیت، وزیکولیت . اپیدیدیمیت، سیستیت، وپیلونفریت(برای اطلاع بیشتری در باره بالانوپوستیت به بیماریهای آلت؛ درباره فولیکولیت ، کوپوریت ووزیکولیت واپیدیدیمیت بخاتمه بیماری‌های پیشابراه ؛ ودرباره پرستاتیت، سیستیت و پیلونفریت به بیماریهای پرستات ، مثانه ، و گرده مراجعه شود) .

اما عوارض عمومی‌ودور دست این بیماری که آنها نیز شایسته توجه‌میباشند سپتی سمی های گونوکوکسیك ، آندوکاردیت ، آرتریت ، مننژیت ، و اختلالات انتشاری میکرب ازقبیل رکتیت وورم‌ملتحمه‌چشم‌خواهند بود .

تشخیص ـ تشخیص حقیقی وحتمی سوزاك بوسیله آزمایش های ذره بینی ترشحات قابل اجرا است (روش آنرا در کارهای عملی آزمایشگاهی‌خواهیم‌دید) اما تشخیص‌افتراقی‌آن از بالانوپوستیت ساده‌وغیر سوزاکی، شانکر نرم یاسفلیسی داخل پیشابراه ، دملهای محیط‌مجرا که بداخل‌آن سرباز کرده باشند ، وآماسهای غیر سوزاکی پیشابراه باید داده شود .

بالانوپوستیت بیشتر نزد اشخاصیکه ختنه نکرده وفیموزیس هم دارند دیده میشود .

شانکر نرم‌وشانکرسیفلیسی بامعاینه‌کامل بیمار ، درنظر گرفتن دوره کمون بیماری ، وآزمایس ذره بینی ترشحات تشخیصشان محرز میگردد .

بالاخره دملهای محیط مجرا درملامسه معلوم، والتهاب های غیرسوزاکی مجرا نیز درآزمایش ریز بینی چرك تشخیص داده میشوند .

درمان ـ قبل‌ازبیان معالجه سوزاك باید دانست‌بچه وسیله‌میتوان‌ازابتلاء‌باین بیماری جلوگیری کرد .

روش پیش گیری (۱) - میگویند که اگر هنگام مقاربت از کاپوت (۲) استفاده نمایند، و یا قبل ازمقاربت مقداری از پماد مچنیکف

اسید فنیك	۰٫۱۵۰ گرم
کافور	۰٫۱۰ »
کالمل	۳٫۲۵ »
لانولین	۱٫۵۰ »
وازلین	۵ »

را بسر آلت مالیده و کمی از آنرا هم در سماخ مجرا داخل کنند و بلافاصله پس ازمقاربت هم ادرار کرده، خود را با آب صابون شسته، و چند قطره از محلول مائی یا گلیسرینه ۲۰ درصد آرژیرول یا پروتارگل نیز در سوراخ مجرا بچکانند دچار این بیماری نمیگردند؛ اما مرور زمان و مشاهدات متعدد نشان داده اند که هیچیك ازمراقبت های نامبرده طریقه قابل اطمینان و رضایت بخشی برای جلوگیری نمیباشند. «شاید شنیدن و خواندن این آیه یأس نوید خوشی برای جوانان نباشد اما آنان باید بدانند که رعایت شخصیت اخلاقی و اجتماعی، پیروی از تقوی و پرهیزکاری، و ازدواج بموقع و متناسب بهترین حربه هائی هستند که برای جلوگیری از انتشار این بیماری و مصون ماندن از ابتلاء بدان بکار برده میشوند.»

درهر حال باید به بیماران توصیه نمود که همواره پس از انجام یک مقاربت مظنون حد اقل تاهشت روز ازمقاربت بازن دیگر خود داری نمایند، ودرصورت بروز نشانی های سوزاك هم برحسب دیر یا زود مراجعه کردنشان با طریقه درمان مسقط (سریع و شدید) و یاطریقه درمان معمولی تحت معالجه قرار گیرند.

درمان مسقط (۳) - درمانهای مسقطی که تاکنون جهت سوزنك مرسوم بوده و نتایج نسبتاً رضایت بخشی هم داده اند یکی طریقه ژانه، دیگری طریقه آنژل برس،

---

1 - Traitement prophylactique

2 - Préservatif 3 - Traitement abortif

سومی طریقه باربلیون ، چهارمی درمان باسولفامید تنها ، وبالاخره پنجمی درمان باپنی‌سیلین میباشند .

۱- **طریقه ژانه** (۱) - اگر بیمار سوزاکی بلافاصله پس‌ازدرك اولین علامت بیماری ویا حداکثر تا۴۲ ساعت بعـد ازآن مراجعه کند اورا بدین طریقه میتوان معالجه کرد .

داروهای ضد عفونی کننده‌ومستعمله دراین‌موارد نیترات‌دارژان،آرژیرول، پرتارگل ، وپرمنگنات دوپتاس میباشند؛ منتها چون بعقیده‌ژانه خاصیت ضدعفونی کننده آرژیرول رضایت بخش‌بوده وتحریکات حاصله‌از آن هم فوق العاده‌ناچیزند لذا نامبرده رادراوی انتخابی این طریقه میدانند .

روش عمل - نخست مجرای قدامی پیشاب رابامحلول نیمه‌گرم ودوونیم‌در صد آرژیرول شستشو داده ، وخاتمتاًمجرا راازعقب بجلو وبملایمت فشار میدهندتا آنکه آخرین قطرات داروی شستشو نیزازآن خارج گردد. سپس مقدار۱۰سانتی متر مکعب ازمحلول ۲۰ درصد آرژیرول رادر مجرا تزریق نموده ومدت ۵ دقیقه تمام آنرا میگذارند بماند ، اما هردقیقه‌ای یکبار فشار وارده بلبهای سماخ راکمی تخفیف میدهند تایکی دوقطره ازمحلول محتوی مجرا بخارج ریخته و سماخ آنرا نیز ضد عفونی نمـاید . بالاخره درپایان مدت مزبور آلت رابکلی رها میکنند تـا آنکه تمامی محلول بخارج بریزد ، و در ضمن هم‌به‌بیمار دستور میدهند تا هرچند ساعتی که میتواند ازتخلیه مثانه خود داری نمایند .

در مواردیکه واکنش مجرا نسبت بدارو شدید و برای بیمار ناراحت کننده باشد غلظت محلول تزریقی‌رامیتوان ده‌درصدو حتی پنج‌درصداتنخاب کرده ویامدت نگاهداری دارورا کوتاه‌تر نمود .

درهر حال بعقیده ژانه‌اگرباولین تزریق دارو دراین طریقه موفق بنابودی میکرب سوزاك درترشحات مجرا شده ، ویالااقل تغییر شکلی بمیکرب هـا داده

1- Méthode de Janet

باشند معالجه نامبرده راهر دوازده ساعت یکبار وتاچهار شبانه روز ادامه باید داد (تاآنکه بهبودی کامل حاصل گردد)؛ اما اگراولین تزریق آرژیرول موجب نابودی میکربها ویاتغییر شکل آنها نگردد باید ازاین روش درمان صرفنظر کرده ، و از معالجه معمولی سوزاك استفاده نمود .

۲- **طریقه آنژل برس** (۱)-اگر بیمار مبتلا بسوزاك دیرتر از ۲٤ ساعت ولی تا٤۸ ساعت پس ازمشاهده اولین نشانه بیماری مراجعه کند ازاین طریقه درمان میشود استفاده نمود .

داروی مستعمله دراینجا نیترات دارژان وروش عمل تنها دو جلسه شستشوی مجرا است .

درجلسه اول مجرای قدامی رابایك لیتر ازمحلول ٥در هزار نیتراتدارژان شستشو میدهند ، در جلسه دوم هم که ازچهار تا۱۲ ساعت پس ازشستشوی اول آغاز میشود شستشوی مجرا رابا یك لیتر ازمحلول دو در هزار نیترات دارژان تکرار میکنند .

گرچهبااین طریق معالجه عدهای‌از بیماران بهبودی کامل میبابند امابا‌وجود این اگر تا٤۸ ساعت پس ازدومین شستشو مجدداترشح چرکی ظاهر گردد میتوان یکبار دیگر هم جلسات دوگانه شستشو راتکرار کرد .

۳) - **طریقه باربلیون**(۲) - این درمان مسقط نزد آنانکه مبتلا بسوزاك تحت‌حادشده ، دردو سوزش‌زیادی‌نداشته، ودیرتراز٤۸ساعت پس‌ازشروع بیماری هم مراجعه کرده‌اند مورد استعمال پیدا میکند .

مدت‌معالجه دراین طریقه پنج‌تاهفت روزودارو های مستعمله درآن‌آرژیرول (ویتلینات دارژان یاویتارژیل) ، سولفامیدها ، وواکسن ضد سوزاك میباشد .

روش معالجه - روز اول : مقدار دهسانتی متر مکعب ازمحلول دو تا بیست درصد آرژیرول رادر مجرا تزریق کرده وپنج دقیقه درآن نگاه میدارند . بعلاوه

1- Engelbreth 2- Barbellion

یك سانتی متر مکعب از واکسن ضد سوزاك هم تزریق میکنند، و سه گرم از قرص‌های ۱۱۶۲F (سپتوپلیکس،نئوکو کسیل یا لیزو کو کسیل) نیز بطور خوراکی به بیمار میدهند.

روز دوم: دستور روز قبل را باستثنای تزریق واکسن تجدید میکنند.

روز سوم: همان دستور روز اول راتجدید مینمایند.

روز چهارم: دستورهمان دستورروز دوم خواهد بودوهمینطورروزهای فرد مثل‌هم‌وروزهای‌زوج‌نیزمثل یکدیگر باید باشد تاروزهفتم که بیمار عموماً بهبودی کامل مییابد.

۴)-درمان باسولفامیدتنها - این طریق معالجه تنها در مواردی قابل استفاده است که وسیله دیگری برای اینکار نباشد.

مدت معالجه دراین طریقه پنج روز ومقدار سولفامید لازم ۲۰ گرم است که روز اول ٦ گرم، دو روز بعد روزی چهار گرم، ودو روز بعدهم روزی۳ گرم تجویز میکنند.

۵) - **طریقه درمان باپنی‌سیلین** - این‌روش‌درمان مسقط نزدتمام بیماران‌مبتلا بسوزاك حاد قابل استفاده و نتیجه بخش بوده، ودرآخرمبحث سوزاك تحت‌عنوان آخرین اطلاعات شرح داده خواهد شد.

درهرحال آنچه که درباره معالجات مسقط تذکر داده شده است درصورتی قابل اجرا و نتیجه بخش خواهد بود که بیمار تحت درمان مبتلا بسوزاك حاد باشد نه‌آنکه سوزاك‌قدیمیش عود کرده، ویا بصورت‌حاد درآمده باشد. همچنین‌درباره معالجه با پنی‌سیلین دانستن این نکته لازم است که خاصیت ضدعفونی کننده این دارو نباید موجب اغفال طبیب معالج و مدرك رها کردن بیمار پس ازتزریق آن گردد، زیرا گاهی اتفاق‌میافتد که تزریق پنی‌سیلین‌هم رضایت خاطری‌فراهم‌نکرده وسوزاك‌را شفانمی‌بخشد (بعلت‌خراب‌بودن پنی‌سیلین، پیدایش‌اورتریت‌های‌ثانوی، ویا اشتباه بیمار وپزشك درتشخیص سوزاك حاد وغیره)

دوم ـ درمان معمولی سوزاك (۱) ـ گر چه با پیدایش سولفامید ها و پنی سیلین اغلب سوزاك‌های تازه باروش درمان مسقط بهبود کامل میبابند، اما مع الوصف طبق تجربیات روزانه و مشاهده حالات مختلفه بیماری و بیماران هنوز نمی توان گفت که اجرای درمان معمولی برای سوزاك‌های تازه زائد وقدیمی است ، بلکه برعکس تجربیات نامبرده ومشاهدات مزبور ارزش این روش درمان را ثابت و مطالعه وبررسی آنرا برما واجب مینمایند.

عقاید متخصصین راجع بروش درمان معمولی سوزاك حاد مختلف وراههای پیشنهادی آنان دراین باره متعددند ، اما بین این طرق انتخابی آنها که بیشتر مفید فایده وموجب موفقیت میباشند یکی طریقه شستشو یا طریقه ژانه ، و دیگری طریقه ضد احتقان یا طریقه آنتی فلوژستیك است که اگر طریقه شستشوی آن با دستی کار آزموده ومطلع انجام گردد فوق العاده رضایت بخش ومؤثر خواهدبود. برعکس اگر پزشك معالج مهارت زیادی دراین کار ندارد وآنطور که شایسته است نمیتواند بحال بیمارش مفیدواقع شود بهتراست که ازدرمان بیمار بدین طریقه صرفنظر کرده، وازدستورات طریقه دوم استفاده نماید تا درعین حال هم از بروز عوارض خطرناك شستشوهای بد جلوگیری نموده ، وهم تا اندازه‌ای مثمرثمر واقع شده باشد .

بهرجهت روش انتخابی درمان هرچه که باشد رعایت دستورات بهداشتی و درمانهای عمومی کمك مؤثری در بهبود وضع بیمار و تأثیر معالجه خواهد کرد.

مبتلایان بسوزاك باید از خستگی های مفرط ، ورزشهای سنگین ، بیخوابی های مکرر و طولانی ، و هرنوع عملی که موجب تحریکات جنسی باشد خود داری نمایند .

از خوردن ادویه‌جات ، غذا های معطر و بودار ، گوشتهای مانده و بیات ، مشروبات الکلی وحتی قهوه وچای پررنك بپرهیزند ؛ اما درعین حال غذای خودرا هم طوری انتخاب کنند که موجب ضعف قوایشان نشده واجابت‌مزاجشان مرتب باشد. همچنین اگر بیمارانی هستند ضعیف و ناتوان ازتقویت حالت عمومی ودرصورت

1_ Traitement curatif

لزوم از زندگی کردن درمناطق خوش‌آب وهوا مضایقه نکنند.

برای رعایت نظافت ومصون ماندن ازابتلاء بهورم ملتحمه سوزاکی چشم یا آماس سوزاکی راست روده (۱) روزی چندین‌بار دستهارا با صابون بشویند، وهنگام اجابت مزاج وطهارت گرفتن نیز قبلا دست خودرا بچرك سوزاکی‌آلوده ننمایند. همچنین سرآلت را با محلول یك در پنج هزار پرمنگنات دوپتاس روزی دو سه مرتبه شستشو داده و آنرا در ورقه‌ای از پنبه مستور سازند تا آنکه چرك سوزاکی دست ومقعد ولباسشان‌را آلوده ننموده، وموجب بروز ابتلائات دیگری برای خودشان و دیگران نگردد.

بالاخره برای جلوگیری ازپیدایش ویا درمان نعوظهای دردناك وناراحت کننده از ترکیبات کافور، عصاره بلادون، کاردنال، و لودانم (بشکل خوراکی یا تنقیه و کمپرس‌های گرم)، وحتی درمواردلازم ازسوزن‌زدن مرفین استفاده نمایند.

۱) ـ روش درمان بوسیله شستشو یا طریقه‌ژانه(۲).

داروهای ضدعفونی کننده وقابل استفاده دراین طریقه متعدد ومهمترینشان عبارتنداز پرمنگنات‌دوپتاس، آرژیرول، پروتارگل و گوناکرین که‌غلظت‌محلول های مستعمله ازهریك متفاوت و برای یك داروی انتخابی نیز در مراحل مختلف مختلف خواهد بود. مثلا غلظت پرمنگنات دوپتاس ممکن است از ده‌سانتی تا ٦۰ سانتی درهزار، آرژیرول از ۱۰ تا ۵۰ درهزار، پروتارگل ازیك تا پنج درهزار، وگوناکرین از ده‌سانتی تا ۲۰ سانتی درهزار بنا براحتیاج تغییر نماید. اما بعقیده ژانه پرمنگنات دوپتاس مؤثر ترین داری ضد میکرب سوزاك محسوب وبعلاوه از سایر داروهای نامبرده نیز فراوانتروارزانترمیباشد. (برای تهیه محلول‌هم کافی‌است که مقدار لازم وموردِاحتیاج پرمنگنات‌را درآب‌مقطر استریل و درظرف‌استریل شده حل نمایند).

روش شستشو و ضد عفونی کردن مجرا با محلول پرمنگنات دوپتاس.

درسوزاك های فوق حاد که با درد و سوزش فوق العاده همراه میباشند بهتر است

1- Rectite blénnorragique 2- Janet

که مدت یکی دوروز تنها بحمام گرم موضعی با محلول نیم گرم پرمنگنات‌دوپتاس رقیق اکتفا نموده، و پس از رفع حدت زیاده از حد بیماری بشستشوی مجرا مبادرت ورزید.

در سوزاك های حاد وپس‌ازرفع حدت سوزاك‌های فوق حاد غلظت‌محلول انتخابی برای اولین جلسه شستشو یك درهشت هزار تا یك درپنج‌هزار ومقدار آن یك‌لیتر است که اگر تنها مجرای قدامی مبتلا باشد تمامی آنرا برای شستشوی مجرای‌قدامی، واگر هردومجرا مبتلاباشند نصف‌آنرا برای‌مجرای قدامی و نصف دیگرش‌را برای شستشوی مجرای خلفی بکار خواهند برد (تا هنگامی که‌مجرای خلفی مبتلا نشده است تنها به‌شستشوی مجرای قدامی باید اکتفا کرد)

ازاین جلسه ببعد وتا یکهفته‌تمام هر دوازده ساعت یکمرتبه مجرارا شستشو داده، و پس از این مدت هر ۲٤ ساعت یکبار این عمل را تکرار میکنند مشروط برآنکه این‌محاسبه هرچه ممکن‌است دقیقتر باشد و هیچ‌روزی هم شستشو تعطیل نگردد. بالاخره پس ازاولین روز معالجه هرروز یك‌سانتی گرم، یا هر دوروز ۳ سانتی گرم، و یا هرسه روز پنج سانتی گرم پرمنگنات دوپتاس بمقدار اولیه اضافه میکنند تاوقتیکه غلظت محلول بیك دردوهزاروپانصد یایك‌دردوهزار بالغ گردد، وآنقدرهم شستشو را ادامه‌میدهند تا آنکه گونوکوك های موجوده در ترشحات مجرا وفیلامانهای ادراری بکلی ازبین رفته ومقدارلوکوسیت‌ها نیز بمقدار طبیعی برگردند.

نتیجه: بطور کلی بیمارانیکه با روش مزبور تحت درمان قرار میگیرند روزبروز وضعشان بهتر، مقدار ترشحاتشان کمتر، و فیلامانهای ادراریشان سبکتر شده و طولی نمیکشد که بهبودی کامل مییابند. معذالك باید دانست که گاهی هم دراین‌راه طبیعی وهموار پیچ و خم‌های کوچکی پیدا میشود که شایسته شناسائی وتوجه‌میباشند.

الف ـ گاهی اوقات درضمن شستشو متوجه میشوند که مقدار ترشح نسبت به تعداد نادر گونوکوك زیاداست.

دراین‌صورت باید بدانند که غلظت محلول را زیاده ازاندازه انتخاب نموده و موجب تحریك شدید مخاط مجرا شده‌اند.

ب - گاهی اتفاق میافتد که دوره درمان طولانی شده و با وجود آنکه شستشوی مجرا صحیح و بموقع ومطابق دستور انجام میشود معذالك بهبودی منظور عاید نمیگردد.

دراینگونه موارد اگرمدت دو سه روزداروی شستشو را عوض کرده وبجای آن آرژیرول یك در هزار ، یا پرتار گل یك تا پنج در هزار مصرف کنند ، و یا بجای شستشوی مجرا با محلول‌های رقیق محلول غلیظ‌تری انتخاب کرده ودرآن تزریق نمایند و پس از چند جلسه هم مجدداً به شستشوی با پرمنگنات برگردند بزودی موفقیت میبابند . مثلا ممکن است تا دوسه روز هرروزه دوسه مرتبه(صبح و ظهر و شب) مقدار هشت تا ۱۰ سانتی‌متر مکعب ازمحلول ۲۵سانتی گرم درصد پروتارگل‌را درمجرا تزریق‌نموده وپنج دقیقه کامل درآن نگاهدارند ، درصورتی که مجرای خلفی پیشاب هم مبتلا باشد در پایان این مدت آنرا نیز با مقدار ۲۰۰ سانتی‌مترمکعب‌ازهمان محلول شستشو نمایند . همچنین ممکن‌است‌بجای‌پروتار گل محلول ده درصد آرژیرول را انتخاب نموده وبهمان نحو مورد استفاده قراردهند. بالاخره ممکن‌است با مقداردویست‌سانتی‌مترمکعب ازمحلول یك‌درصد آرژیرول مجرای قدامی را شستشو داده ودرصورت ابتلاء مجرای‌خلفی ۲۰۰ سانتیمتر مکعب ازآنرا هم برای شستشوی‌آن مصرف نمایند .

ج - گاهی هم باقی ماندن ترشح سوزاکی و وجود فیلامانهای ادراری سنگین ایجاب مینماید که داروی ضد عفونی کننده‌دیگری را با پرمنگنات دوپتاس توأم نموده ، ویا به تنهائی برای شستشوی مجرا مصرف نمایند .

بهترین داروی مستعمله در اینگونه موارد یعنی در اواخر درمان سوزاك اکسی‌سیانوردومرکوراست که‌عموماً مخلوط باپرمنگنات‌دوپتاس‌بکاربرده‌میشود. (از۱۵ سانتی گرم پرمنگنات و ده‌سانتی گرم اکسی‌سیانور دومرکور در یك‌لیتر مایع شروع کرده ، و در صورتیکه مجرا تحمل کافی داشته باشد غلظت آنها را کم‌کم بالا برده و به ۲۵ سانتی گرم از هریك درلیتر میرسانند) .

درهرحال پس‌از رسیدن به نتیجهٔ قطعی یعنی هنگامیکه میکربهای موجوده درترشحات وفیلامانهااز بین رفته ومقدارلوکوسیت ها نزدیك بطبیعی رسیده باشند دوسه جلسه هم هر ۳۶ ساعت یکبار ودو جلسه هم هر ٤۸ ساعت یکبار مجرا را شستشو داده ومعالجه را قطع مینمایند .

آیا پس‌ازقطع معالجه بیمار راهم رها میکنند یاخیر؟ـ جواب‌این‌سؤال کاملا منفی است .

پس چگونه میتوان اطمینان حاصل کرد که سوزاك بیمار کاملا معالجه شده است ؟

ـپس از قطع شستشو اگر در آزمایشهای‌مکرر و روزانه گونوکوکی در ترشحات مجرا و فیلامانهای ادراری‌دیده نشد، واگر مخاط مجرا را بوسیله تقطیر نیترات دارژان تحریك کرده و آبجو هم به بیمار خوراندند (پس ازیك هفته تمام که از آخرین جلسه شستشو گـذشت) امـا باز هم‌گونوکوکی در ترشحات و فیلامانها مشاهده نگردید آنوقت میتوان گفت کـه سوزاك بیمار کاملا معالجه شده است .

روش آزمایش (۱) ـ صبح یك روز از دومین‌هفته قطع شستشو مقداریك تا دوسانتیمتر مکعب ازمحلول نیم‌درصد نیترات‌دارژان را درمجرای خلفی‌وقدامی بیمارتقطیر کرده، ودستورمیدهند که شب هم یکی‌دو بطری‌آبجو خورده‌وغذاهای معطر وادویه دار و همراه با شراب نیزمصرف نماید ، بیشترشب‌را بیدار بماند ، و برای آخرین‌مرتبه هم در دو ساعت بعد از نیمه شب ادرار کند ، اما صبح روز بعد ادرار نکرده بآزمایشگاه حاضرشود تاآنکه‌ترشحات مجرا و فیلامانهای ادراریش را ازنظر وجودگونوکوك آزمایش نمایند .

بیمار چه وقت‌میتواند عروسی کند ؟ ـ بیماربعد ازآخرین آزمایش‌ذره بینی پیشابش یـک مرتبه با کاپوت و با شخصی سالم مقـاربت مینماید تا اگـرعودی از

1–Testes de guerison .

بیماریش ظاهر شد در آزمایش بعدی تشخیص داده شود . درصورت منفی بودن نتیجه آزمایش باز هم بیمار حق عروسی کردن ندارد مگر آنکه دو ماه کامل از قطع معالجه و آخرین شستشوی مجرایش بگذرد، و در تمام این مدت هیچگونه ترشح چرکینی نبیند و گونوکوکی هم دررشته‌های ادرار یش نه بینند ، بعلاوه آزمایش کشت منی و گونور آکسیون(۱) آن نیز منفی باشد .

اگر بعد از انجام آزمایشهای نامبرده و اثبات عدم وجود گونوکوك و سایر میکربها باز هم ترشح مختصر بیرنگ و یا کدری درمجرا باقی بماند آنرا چه باید کرد؟

ـ این ترشحات مختصر را نباید مرضی دانسته و برای از بین بردن آنها بدرمانهای دوائی متوسل شد بلکه باید بیمار را بحال خود باقی گذارده و تنها بتقویت حالت عمومیش اکتفا کرد ، تا آنکه ترشحات موجوده خود بخود از بین رفته و فیلامانهای سبکی هم که ندرتاً در ادرار دیده میشوند مرتفع گردند . معذالك اگر دو سه ماهی از قطع معالجه گذشته باشد و با وجود تقویت کردن حالت عمومی بیمار و سکونت دادن وی درمنطقه‌ای خوش آب وهوا باز هم ترشحاتی درمجرا و فیلامانهای سبکی در ادرار باقی بماند آنوقت ممکن است از داروهای بالزامیك (سانتال ، کوبب ، کوپاهو ، تربانتین و غیره) بشکل خوراکی استفاده کرده؛ یا چندجلسه ازمحلول یك در سیصد تا یك درصد نیترات دارژان در مجرا تزریق نموده، و یا دفعاتی چند مقدار هشت تا ده سانتی‌متر مکعب ازمحلول ٥ در صد پروتارگل و یا محلول

سولفات دوزنگ	از هر کدام یك گرم
استات دوپلمب	
آب	۲۰ »

درمجرا تزریق نموده ومدت چند دقیقه آنرا نگاهداشت.

اگر در ضمن شستشو و یا قبل از آن عارضه‌ای بسوزاك اضافه شود چه باید کرد ؟

---

1 - Gono – réaction.

ـ عوارض موضعی مهمی که ممکن است درضمن معالجه و یا قبل از آن دامنگیر بیمار گردند فولیکولیت ، کوپوریت ، پرستاتیت ، اپیدیدیمیت و سیستیت است .

در فولیکولیت و کوپوریت اگر معالجات دوائی با سولفامید و پنی سیلین مؤثر واقع نگردد باید درعین درمان سوزاك آن‌ها را نیز شکافته وموضعشان را ضد عفونی کرد .

درپرستاتیت‌ها بهتر آنست که از شستشوهای بزرگ خودداری کرده وتنها به شستشوی مجرای قدامی ومعالجه پرستاتیت اکتفا نمود .

در اپیدیدیمیت‌ها نیز بهتر آن خواهد بود که از شستشوی مجرا صرفنظر نموده و بمعالجات مخصوص آنها پرداخت (با انداختن خمیرهای آنتی فلوژستیك مثل آنتی فلوژستین یا پماد ایکتیول بلادونه در روی بیضه‌ها احتقان را از بین برده، با بستن بیضه‌ها در بیضه‌بند از شدت درد کاسته ، با تزریق واکسن ویا شیر درمان شوك نموده ، و با دادن داروهای ضد عفونی کننده عفونت موجوده را معالجه می‌نمایند) .

بالاخره در سیستیت‌های سوزاکی باید تنها مجرای قدامی را شستشو داده و یکروز در میان هم‌مقدار ۳تا۴ سانتیمترمکعب ازمحلول نیم تایك درصد نیترات دارژان درمثانه بیمارتزریق نمود.

اما عوارض دور دست و عمومی سوزاك یعنی سپتی‌سمی ، مننژیت، آرتریت، ورم ملتحمه‌چشم، ورکتیت که هریك درمانی مخصوص بخود دارند قطع معالجه موضعی و یا انجام تغییراتی را درآن ایجاب نمینمایند (در آرتریت‌های سوزاکی تزریق واکسن کمك مؤثری به بهبود وضع بیمار خواهد کرد) .

هنگام بروز هر یك از عوارض موضعی یا عمومی نامبرده لازم است که از خاصیت ضدعفونی کننده سولفامیدها وپنی‌سیلین استفاده نمود تا شاید احتیاج باعمال جراحی و مفصل دیگری پیدا نگردد .

۳)ـ طریقه ضد احتقان یاطریقه‌رنولت(۱).

درمان سوزاك با این‌طریقه تقریباًمتروك وتنهامورد استفاده پزشگانی است

---

1 - Trait. antiphlogestique de Renault

که فاقد وسایل درمانی بطریق نامبرده بوده ، یا اطلاع کافی در آن باره نداشته، ویا بیمارشان به شستشو دادن مجرا تن در نمیدهد .

اصول این طریق معالجه چه در دوره حدت و چه در دوره نزول بیماری درمان بهداشتی وپرهیزی است بطوریکه هنگام شدت مرض به بیمار دستور میدهند تا از خوراك‌های تند و ترش و بودار پرهیز نماید ، بجای آب خوردن شیر مخلوط با دم کرده بزرک بنوشد ، از خستگی و ورزش‌های سنگین و اعمال موجب تحریکات جنسی برحذر باشد ، هرروزه صبح و عصر حمام موضعی آلت و هردو روز یکبار حمام عمومی با آب گرم ۳۵ درجه بگیرد ، و بالاخره در تمام دوره بیماری بیضه بند بسته و اگر نعوظ دردناکی برایش پیدا شد از حب های کافورو عصاره تبائیك استفاده نماید.

کافور	ده سانتی گرم
عصاره تبائیك	۱ « «

برای یك حب روزی سه تا ٦ عدد .

پس از این دوره یعنی هنگامیکه بیماری رو به بهبودی میرود ، سوزش و دردش تخفیف مییابد ، وترشحات مجرا هم بیرنگ وناچیز میگردند بازهم پرهیز غذائی برجاست امابجای دم کرده بزرک شیر خالص یاآب معمولی به بیمار میدهند، وبرای خشك کردن ترشحات مجرا هم (مشروط بر آنکه فیلامان سنگین درادرار صبح دیده نشود) از بالزامیك‌ها استفاده نموده

کوبب	۱/۵۰ گرم
کوپاهو	۰/۵۰ «
شربت گودرون	بمقدار کافی برای یك حب بزرك

روزی ٤ تا ٦ عدد.

ویا از کبسول‌های آرئول (۱) که ماده عامله‌اش سانتال است روزی ٦ تا ۹ عدد تجویز مینمایند .

درهرحال اگر با این طریق معالجه و پس از کم شدن درد وسوزش بازهم ترشح چرکی باقی بماند باید روش معالجه را عوض کرده و به شستشوی مجرا بطریقه

1 – Arrhéol .

ژانه اقدام نمود .

طریقه‌های دیگر درمان سوزاکهای تازه.

گذشته از طرق نامبرده روش های دیگری نیز برای درمان سوزاك های تازه‌پیشنهاد نموده‌اند که هریك از آنها یا بتنهائی‌ویا توأم با درمانهای دیگر ممکن است مورد استفاده قرار گیرند .

مهمترین این روش‌ها یکی درمان با حرارت ، دیگری درمان با داروهای شیمیائی، وسومی‌درمان با واکسن میباشد .

برای‌درمان سوزاك تازه بوسیله حرارت (۱) میل فلزی مشابه با بنیکه‌ای‌را که بجریان الکتریکی وصل است وارد مجرا کرده و حرارت آنرا در حدود ٤٦ تا ٤٨درجه بالا میبرند(گونوکوك که درحرارت پنجاه درجه بیش ازده‌دقیقه نمیتواند مقاومت نماید پس ازچند جلسه معالجه بدین‌طریقه از بین خواهد رفت) .

درمان با داروهای شیمیائی (۲) در درجه اول بوسیله سولفامیدها ، پس از آن باتزریق مرکوروکروم یك‌درصد در رگ (ده سانتی‌متر مکعب درهرجلسه و دو روزدرمیان)، و بالاخره با تزریق‌داخل وریدی محلول دو درصد گوناکرین (پنج سانتی‌متر مکعب درهرجلسه و یکروز درمیان) انجام میشود . این روش درمان اغلب در سوزاك‌های فوق حاد وهنگامیکه شستشو دادن مجرا امکان پذیر نباشدموردا‌ستعمال‌پیدامیکند (بعقیده یانگ(۳) تزریق‌داخل وریدی‌مرکوروکرم بتنهائی وبدون شستشو میتواند معالج بیماری باشد) .

اما در باره معالجه سوزاك تازه با واکسن (٤) طرق مختلفی پیشنهاد و تحت‌آزمایش قرار گرفته‌اند که مهمترینشان عبارتند از تزریق واکسن ضدسوزاك از راه زیرجلدی ، داخل عضلانی ، داخل وریدی، وبالاخره داخل پیشابراه.

عده‌ای از مصنفین عقیده دارند که تزریق واکسن بتنهائی قادراست بیماری سوزاك‌راشفا بخشد، ویااگر بتنهائی‌معالج نباشدموجب آن‌میشود که پس‌ازاتمام‌دوره واکسینوتراپی شستشوی موضعی‌زودتر وبهترمؤثر گردد (دردوره تزریق‌واکسن

1 – Thermothérapie 2 – Chimiothérapie
3 – Yong 4 – Vaccinothérapie ·

از معالجه موضعی باید خودداری کرد) ؛اما بعقیده برخی دیگر و طبق مشاهدات عدیده نه تنها تزریق واکسن بتنهائی نمیتواند معالج سوزاك باشد بلکه بکار بردن آن دوره بیماریرا هم کوتاهتر ننموده و موجب سرعت تأثیر شستشو نیز نمیگردد . در هرحال آنچه که راجع بواکسن ضد سوزاك باید بخاطر داشت آنستکه در سوزاك‌های حادطولانی‌شده‌مؤثر،ودرسوزاك‌های همراه بااپیدیدیمیت‌ورماتیسم‌های سوزاکی نیز برای کمك به درمان و بهبود وضعیت بیمار فوق العاده نافع میباشد .

۴- سوزاك مزمن مردان (۱)

تعریف ـ سوزاك کهنه یا مزمن سوزاکی را گویند که بیش از دو ماه از شروعش گذشته وباوجود ادامه ترشح‌هیچگونه درد وسوزشی بهنگام ادرار کردن ویا نعوظ نداشته باشد. همچنین‌لازم‌نیست که‌میکرب‌موجوده‌درترشحات‌حاصله‌از آن حتماً گونوکوك باشدزیرادرصورتی‌هم که‌نامبرده‌جای‌خودرابمیکرب های دیگری داده‌باشد بازهم‌نام‌سوزاك مزمن‌برازنده وقابل اتلاق به‌بیماری‌موجوده‌خواهدبود.

علت و سبب ـ علت‌اصلی‌سوزاك‌های مزمن‌همیشه سوزاك‌های تازه‌ای‌هستند که بعلل نامبرده در زیر ادامه پیدا کرده و کهنه میشوند .

۱) ـ معالجه نکردن یا بدمعالجه کردن (تزریقات داروئی غلیظ درمجرا) و یا ناقص معالجه کردن سوزاك .

۲)ـ پیدایش‌اختلالاتی‌دردوران‌سوزاك‌حادازقبیل فولیکولیت ، کوپوریت ، آماس مجاری غیرطبیعی در مجرا ، پرستاتیت، وبالاخره وزیکولیت و سیستیت که موجب مخفی نمودن میکرب و عدم دسترسی داروهای ضد عفونی کننده بدانها میگردند .

۳) ـ ناهنجاری‌هائی از پیشابراه که مانع ازسهولت خروج چرك ویا تأثیر داروی ضد عفونی کننده باشند مثل تنگی سوراخ ختنه گاه یا تنگی سماخ مجرا ، تنگی‌های پیشابراه، وهمچنین تبدیل‌شدن سلول‌های پوششی استوانه‌ای شکل مجرا بسلول‌های پوششی‌مطبق ومسطح.

---

1 – Uretrite blennorragique chronique chez l' homme .

٤) - عواملی که موجب ضعف و رنجوری بیمار باشند مثل خستگی های فراوان، اعتیاد بالکل و افیون، و مزاج های لنفاوی وغیره .

آسیب شناسی - ضایعات کالبدشناسی سوزاك های کهنه مثل سوزاك های تازه در تمامی مجرای پیشاب منتشر نمیباشند . این ضایعات در درجه اول در ناحیه بصلی (بولبر) و وزیشی(پرستاتیك) وسپس در نواحی دیگر مجرای قدامی بخصوص زاویه قضیبی بیضه‌ای(۱) جلب توجه مینمایند .

اورتروسکوپی — در اورتروسکوپی مجرای مبتلا بسوزاك مزمن مخرج مجاری ترشحی غدد مبتلا یا لاکون‌های مرگانیی(۲) و یا مجاری غیرطبیعی منضم بمجرا که قرمز، برآمده، و گاه محتوی قطره چرکی هستند دیده خواهد شد. بعلاوه مخاط آن بخش‌هائی از مجرای قدامی نیز که آماس مزمن دارند رنگ پریده ، سخت، و بدون خاصیت ارتجاعی بنظر میرسد (ارتشاح سخت)(۳)؛ درصورتیکه در مجرای خلفی علائم یك ارتشاح نرم(٤) یعنی قرمزی و تورم مخاط که بشکل پولیپ ویا ورم حبابی شکل(٥) درآمده است جلب توجه خواهد کرد .

تغییرات ذره بینی - ضایعات ذره بینی طبقه مخاطی در سوزاك های مزمن عبارتست از تبدیل شدن نسج پوششی استوانه‌ای بمطبق ، یا سنگ فرشی مطبق ، و یا شاخی که خود موجب مخفی نگاهداشتن میکربها و عدم تأثیر دارو در آنها میگردد .

ضایعات ذره بینی طبقه تحت‌مخاطی و اسفنجی هم برجاماندن ارتشاح لوکوسیتر (درسوزاك تازه تذکرداده شده) و پیدایش سلولهای دوکی‌شکل و سلولهای جنینی است که مجموعاً مسبب تشکیل الیافی لیفی وضیق مجرا میباشند (درمجرای خلفی بعلت ناچیز بودن نسج اسفنجی ضیق مجرا نیز کمتر پیدا میشود) .

بالاخره برای تکمیل آزمایشهای ذره بینی عناصر مشکله ترشحات مجرا رانیز باید بخاطر داشت که یا فقط لوکوسیت‌ها و سلولهای اپیتلیال هستند(آماس‌های غیر

---

1 – Angle péno - scrotale 2 – Lacunes de Morgagnie
3 – Infiltration dure 4 – Infiltration molle
5 – Oedème bulleux .

سوزاکی) و یا میکرب های دیگری نیز از قبیل استافیلوکوك ، استرپتوکوك ، آنتروکوك، وبخصوص گونوکوك‌هم در آنها دیده میشود.

درهرحال گذشته ازضایعات تشریحی مجرا ضایعات دیگری نیز ممکن است جلب‌توجه نمایند که آنها نیز بنوبه خود درایجاد آماس‌مزمن‌مجرا سهم بزرگی‌داشته باشند مثل‌آماس غده وزی ، آماس مخازن منی، وتنگی‌سوراخهای مجاری‌انزالی که موجب اشکال درانزال میگردد .

نشانی ها ـ نشانی‌هائی که در سوزاك کهنه موجب مراجعه بیمار ویا توجه وی نسبت بکسالتش میگردند در بیماران مختلف مختلف میباشند .

برخی ازاین بیماران بواسطه قطره چرکی که هرروز صبح درسماخ مجرا میبینند(۱)، و یا در عرض روز چندین دفعه لباسشان را آلوده می کند مراجعه می نمایند .

عده‌ای دیگر از جریان چرك و ناراحتی‌مختصری که پس‌ازخوردن‌مشروب، یا ناپرهیزی‌غذائی، ویا مقاربت برایشان پیدا میشود شکایت دارند .

عده‌ای دیگر از تکرر ادرار مختصر و خروج متناوب چند قطره چرك از مجرا بشکل انزال که همراه با حس غلغلك و خوش‌آیند است، وهمچنین حساسیت ناحیه عجان و مجبور بودن بتخلیه مثانه بلافاصله پس ازحس‌ادرار(۲)، و خلاصه حس‌ناراحتی و درد مختصر بهنگام انزال که مجموعاً نماینده ابتلای مجرای خلفی هستند مینالند .

بالاخره عده‌ای دیگر هم با علائم مقدماتی یك ضیق مجرای پیشاب، یاعلائم عصبی ونوراستنی، ویا خارش وحس غلغلك در طول مجرا برای مشورت مراجعه می کنند .

درهرحال نتیجه حاصله از معاینه تمام این بیماران تقریباً یکسان و آن پیدا کردن دوعلامت حتمی وبعضی نشانی‌های احتمالی است .

1— Goutte matinale ou goutte de salut.

2— Miction imperieuse .

نشانیهای فیزیکی و حتمی سوزاك کهنه یکی وجود قطره چرك در سماخ مجرا و یا چسبندگی آنست که هرروز صبح و قبل از ادرار کردن مشاهده میشود. دیگری هم وجود رشته‌های ادراری است که یاسنگین و بزرگ، یاسنگین و کوتاه، و یا سبك میباشند.

نشانی‌های فیزیکی واحتمالی سوزاك کهنه نیز وجود یك ضیق تنگ یا گشاد مجرا، آماس شدید یا خفیف غده‌وزی، و آماس مخازن منی است که ممکن است بنشانی‌های نامبرده در بالا افزوده گردند.

تشخیص - برای تشخیص قطعی سوزاك کهنه قطره چرك صبحانه، وجود فیلامان درادرار، وسابقه سوزاك حادی که بیش ازدوماه از شروع آن گذشته باشد کافی است. منتها این قطره‌چرك را نباید با قطره ترشح بیرنگ ویا کمرنگ خالی از میکروبی که در دنبال سوزاك‌های حاد درمان شده نیز ممکن است باقی بماند اشتباه کرد (این نزله مجرا است و آن سوزاك مزمن).

تشخیص افتراقی سوزاك‌های مزمن نیز خیلی آسان و تنها با بیماری سل‌مجرا قابل‌اشتباه‌است که‌دراینجاهم‌سفید بودن ترشحات مجرا، عدم ابتلاء بسوزاك‌حاد، و وجود ضایعات سلی اعضاء دیگراز قبیل گرده‌ها، غده وزی، مخازن‌منی، و بالاخره بیضه‌ها موجب تشخیص خواهد بود.

پس از تشخیص قطعی سوزاك مزمن باید موضع عفونت، حالت مجراوغدد منضم‌بآن، و بالاخره نوع میکرب موجوده درترشحات را نیزتشخیص داد تا بتوان نسبت بدرمان بیمار تصمیم مقتضی اتخاذ نمود.

موضع عفونت - منظور از این تشخیص تعیین ابتلاء و یا عدم ابتلاء مجرای خلفی است بسوزاك که آنهم با آزمایش پیشاب بیمار درسه گیلاس ممکن خواهد بود، زیرا گذشته از سایر نشانی‌ها وجود فیلامانهای سنگین در گیلاس سوم بهترین وسیله برای تشخیص ابتلای‌مجرای خلفی است (اگردر گیلاس سوم فیلامانی‌وجود نداشته باشد بطور قطع نمیتوان گفت که قسمت خلفی مجرا مبتلا نشده است زیرا ممکن است عفونت مجرای خلفی خیلی سطحی و فیلامانهای حاصله از آن خیلی

سبك باشند بنحویکه با شروع پیشاب شسته‌شده و در گیلاس اول بریزند).

حالت و وضعیت مجرا ـ در صورت احتیاج باین تشخیص لازم است که از تمام وسایل امتحانی مجرا وغدد منضمه بآن یعنی مشاهده‌دقیق، ملامسه ساده‌یاروی میل ، تفتیش با میل مفتش ، توشه رکتال، وبالاخره اورتروسکوپی استفاده نمود تاآنکه بدین‌وسیله غیرطبیعی بودن سماخ‌وسوراخ ختنه‌گاه ، آماس‌غددتیزون(۱)، تنگی های مجرا ، آماس غدد لیتر ، آماس غده وزی یا مخازن منی و غدد کوپر ، و بالاخره آماس لاکون‌هـای مورگانیی که موجب ادامه کسالت میباشند تشخیص داده شوند .

بالاخره برای تشخیص نوع میکرب موجوده در ترشحات هم‌ازآزمایشهای مستقیم و یا آزمایشهای پس از تحریك مجرا بوسیله میل زدن ، خوردن آب‌جو ، تقطیر نیترات دارژان‌درمجرا، ویاکشت ترشحات منی باید استفاده نمود.

درمـان ـ رعایت بهداشت عمومی و غذائی وتقویت حالت مزاجی و روحیه بیمار در بهبود سوزاك‌های مزمن تأثیر غیرقابل انکاری دارند.

زندگی کردن درنواحی خوش‌آب وهوا ، ورزشهای سبك ودرهوای‌آزاد، و استحمام در آبهای نیمه گرم برای بهبود وضع مبتلایان مؤثر، وتجویز داروهای مقوی حالت عمومی مثل‌ترکیبات‌آهن ، ارسنیك، کنکینا ، روغن ماهی ، ترکیبات یده، وفسفاتها بخصوص جهت بیماران‌ضعیف ورنجور وخنازیریها وبیماران کم‌خون فوق‌العاده لازم خواهد بود .

بالاخره چـون این دسته از مبتلایان بسوزاك در اثر معـالجات طولانی و سرگردانیهای متمادی وتوجه دائمی بجهاز ادراری وتناسلی اعصابشان ضعیف‌شده ورو به‌نوراستنی میروند ، تقویت‌روحیه آنان یکی از عوامل موفقیت در درمـان میباشد: بایدآنانرا مطمئن کرد که دردشان درمان‌پذیر و کسالتشان برطرف شدنی است (بخصوص اگر درترشحات مجرایشان میکرب سوزاك وجود نداشته‌باشد)،

---

1 – Tysonite .

و باید کاری کرد که توجهشان از افکار ناراحت کننده منعطف شده و سرگرمی دیگری برای خود پیدا کنند تا با استفاده از درمان‌های عمومی و تلقینات لازم و بکار بستن دستورات زیر بتوان بدرمان سوزاکهای مزمنی که سالها بطول انجامیده‌اند موفق گردید .

درمان موضعی - گرچه‌از نظر درمان موضعی سوزاکهای مزمن را بدسته‌جات مختلف تازه با گونوکوك ، قدیمی با گونوکوك ، عود کننده با گونوکوك، قدیمی بدون گونوکوك، مزمن تازه بدون میکرب ، ومزمن قدیمی بدون میکرب طبقه بندی نموده و برای هریك از آنها هم طریقه درمان بخصوصی راپیشنهاد کرده‌اندمعذالك آنچه که ازنظر بالینی حائز اهمیت وراهنمای روش درمان میتواند باشد آنستکه پس ازمراجعه کردن بیمار وتشخیص قطعی سوزاك مزمن ضایعات همراه با آنرانیز تا حد امکان تشخیص داده، وباآزمایش ذره بینی هم وجود میکرب یا عدم آنرا در ترشحات مجرا و فیلامانهای ادراری (باآزمایش مستقیم ، آزمایش پس از تحریك مجرا،و درصورت احتیاج کشت نمودن ترشحات و فیلامانها) ثابت نمود زیرا با این طریق آزمایش علاوه بر کشف عوارضی که وجودشان تغییراتی را در معالجه عمومی ایجاب میکنند آماس هـای مزمن سوزاکی را بدو دسته میکربی و غیر میکربی نیزمیتوان تقسیم کرد که روش معالجه هریك از آنهاجداگانه موردبررسی قرار گیرد .

۱) - درمان موضعی سوزاکهای مزمن میکربی - اگر درترشحات مجرا وفیلامانهای ادراری میکربی وجود داشته باشداعم ازآنکه این میکرب گونوکوك باشدیامیکربهای دیگرروش درمان موضعی یکسان و بی تفاوت خواهدبود منتهادداروی مستعمله برای شستشو درمورد میکرب سوزاك پرمنگنات دوپتاس یا داروهای دیگر نامبرده در سوزاك حاد و درمورد سایر میکرب‌ها اکسی سیانوردومرکور یك در چهارهزار یا نیترات دارژان یك‌درهزار میباشد .

روش درمان - درشروع معالجه موضعی چند روزی مجرای قدامی پیشاب را با داروی انتخابی مثلاپرمنگنات دوپتاس شستشو داده، و باتجویزمقدارمتوسطی

از داروهای ضد عفونی کننده ادراری مثل اورتروپین، سولفامیدها و غیره شدت عفونت مجرا را نیز تخفیف میدهند.

پس از این مقدمه به شستشوی بزرك یعنی شستشوی مجرای قدامی وخلفی مبادرت نموده و اتساع دادن مجرا را نیز شروع مینمایند (اگر در تفتیش مجرا ضیقی کشف شده است جلسه اول اتساع را از میل مطابق نمره ضیق، واگرضیقی وجود ندارد این جلسه را با بنیکه نمره ٤٠ تا ٤٦ افتتاح میکنند).

ازاین جلسه ببعد هرروزه مجرای قدامی وخلفی را میشویند، یك روز یا دو روز درمیان میل زده ومجرا را روی آن مالش میدهند، وبالاخره درصورت احتیاج یا از نظر احتیاط هم هفته‌ای دوسه بار (در روزهائیکه نوبت میل زدن مجرا نباشد) پرستات و مخازن منی را نیز مالش میدهند (بعضی از متخصصین در روزهائی که مالش پرستات نمیدهند بجای شستشوی مجرای خلفی چند قطره از محلول پرمنگنات دوپتاس یك درهزار یا یك درپانصد و حتی یك در دویست درآن تقطیر میکنند).

روش شستشوی مجرا ومیل زدن وهمچنین ماساژ آنرادر کارهای عملی خواهیم دید، امادراینجابایدبخاطرداشت که مالش روی بنیکه یا مالش پرستات و وزیکول سمینال همیشه پس از شستشوی مجرای قدامی و بعد از پر کردن مثانه ازمایع ضد عفونی کننده انجام گردد، زیرا در این صورت بیمار میتواند با ادرار کردن محلول نامبرده ترشحات حاصله ازمالش را خارج نموده ومجرا را برای دفعه دوم نیزخود بخود شستشو دهد.

گذشته از این اگر با وجود پر کردن مثانه بازهم از محلول شستشو (نیم لیتر برای مجرای قدامی و نیم لیتر برای مجرای خلفی) باقی مانده باشد بهتر آنست که پس از ادرار کردن بیمار یکدفعه دیگرهم مجرا و مثانه را بشویند.

نتیجه ـ الف ـ بااین روش درمان وبشرط آنکه سری بنیکه تماماً مورد استفاده قرار گیرد اغلب ازسوزاکهای مزمن معالجه میشوند.

ب ـ اگر بعلت تنگی سماخ مجرا نتوان از بنیکه‌های نمره بالا استفاده نمود

درصورت لزوم باید سماخ مجرا را بریده (۱)، وپس از بهبود نسبی زخم آنقدر میل زدن مجرا وسایر درمانها را ادامه داد تا موفقیت کامل حاصل گردد.

ج - اگر بعد از استفاده از مجموع بنیکه‌ها باز هم سوزاك بیمار خوب نشده باشد باید مجرای قدامی را با اتساع دهنده کولمن (۲) که قطر آن از یك سانتی‌متر هم میتواند تجاوز کند متسع نمود، تا شاید بدین وسیله تمامی غدد عفونی شده جدار مجرا دراثر مالش روی آن ترکیده ومحتویاتشان بخارج بریزد.

د - بالاخره اگر با روش درمان نامبرده و تغییرات اخیر موفقیتی حاصل نگردد باید مجرای بیمار را اورترسکوپی نموده و ضایعات موجب ادامه و عود بیماری را که یك غده عفونی و باز نشده، یك مجرای غیرطبیعی، یك پولیپ و یا عارضه دیگری است واضح نموده وبا جرقه الکتریکی درمان کرد.

۴) - درمان موضعی سوزاك‌های مزمن بدون میکرب - اگر در آزمایشهای مکرر ساده وپس از تحریك مخاط مجرا میکربی در ترشحات وفیلامانها دیده نشود، و اگر سوزاك مزمن موجوده هم قدیمی نباشد بهترین روش درمانش تقطیر محلول نیترات دارژان یك در دویست وبتدریج یك درصد و یك در پنجاه درمجرا است که بسرعت ترشحات موجوده را معدوم نموده وبیمار را کاملا راضی مینماید.

اما اگر این سوزاك مزمن بدون میکرب قدیمی باشد باید گفت که خشکاندن ترشحات حاصله از آن فوق‌العاده مشکل و دشوار است، زیرا در این قبیل موارد کمتر میتوان در روی طبقه تحت مخاطی مجرا که تصلب یافته واپیتلیوم مخاط آن نیز که تغییرشکل پیدا کرده مؤثر واقع شد؛ درصورتیکه تمایل زیاده ازحد بیماران بزوال ترشحات موجوده، و مراجعه آنان بپزشکان متعدد، وعدم موفقیتشان در این راه موجب آن میگردد که روحیه‌ای متزلزل یافته و ضعف عصبی شدید و حتی نوراستنی آخرین ثمره زحماتشان باشد. (پزشکان معالج این اشکال درمانی را باید بدانند تا آنکه برعکس عقیده خود و با شستشوهای دوائی بیمورد مسبب افزایش

---

1 — Méatotomie 2 - Dilatateur de kollmann.

ناراحتی‌های بیماران نگردند) .

روش درمان - الف - درعین‌آنکه نباید به بیماران نامبرده قول قطعی معالجه و برطرف نمودن ترشحات موجوده داده شود رها کردنشان هم پسندیده نخواهد بود زیرا با این عمل وسیله استفاده برای عده‌ای بی اطلاع و پول پرست فراهم خواهد شد .

ب - مسری نبودن بیماری را باید بآنان فهمانده و بی‌اهمیت بودن ترشح را نیز گوشزدشان کرد .

ج - چون این دسته از آماس‌های مجرا هیچ‌نوع خطری نداشته ومسری هم نمیباشد لذا مبتلایان بآن را از مقاربت منع نباید کرد.

د - باید حالت عمومی و روحیه بیماران را با شدتی هر چه تمامتر تقویت نمود .

ر - باید ازشستشوی‌مجرای‌پیشاب بامحلول‌های‌ضدعفونی کننده مختلف که خود نیز ممکن است موجب ازدیاد ترشح باشد صرفنظر کرد ، اما تقطیر متناوبی ازمحلول یك‌درسیصد تا یك‌درصد نیترات دارژان درمجرا و گشاد کردن‌آن‌ممکن است نتیجه رضایت‌بخشی داشته باشد . اتساع مجرا را باید بحد اعلای خود رسانده و حتی از اسباب اتساع دهنده کولمن نیز برای این‌کار استفاده نمود (تنها مجرای قدامی را با این اسباب باید گشاد کرد) تا آنکه بدین ترتیب مخاط مجرا و نسوج تحت مخاطی آنرا نرم کرده وقوامشان را بحال طبیعی عودت داد .

س - درصورت‌عدم‌موفقیت‌بایدمجرارا اورتروسکوپی‌نموده(اورتروسکوپی نباید پس ازتقطیر نیترات دارژان در مجرا ویا نزدیك بآن جلسه صورت گیردزیرا سفیدی مخاط پس ازتقطیر بالو کوپلازی‌آن‌اشتباه میشود) وضایعات موجب‌ادامه ترشح راکه حتماً یك پولیپ ، یا غده ملتهبی درمجرای‌قدامی، ویایك‌جوانه گوشتی یا ارتشاح نرمی در مجرای خلفی‌است‌تشخیص داده و با سوزاندنشان ترشحات‌مجرا را نیز از بین برد .

تبصره - ارتشاح نرم مجرای خلفی را مانند جوانه‌های گوشتی یا غده‌ملتهب

با جرقه الکتریکی نباید سوزاند زیرا ممکن است دراثر این عمل سوراخ‌های مجاری انزالی مسدود شده و مولد ناراحتی‌های شدیدی بهنگام انزال گردند .
(سوزاندن ارتشاح نرم با محلول نیترات‌دارژان یك‌در ۲۰ ویا تنتوریه و تحت‌هدایت اورتروسکوپ انجام پذیر است) .

سوزاك مجرای پیشاب در نزد زنان

۱) ـ سوزاك حاد مجرا (۱)

سوزاك تازه پیشابراه در نزد بانوان حائز اهمیت زیادی نیست زیرا علاوه برآنکه مرکز اصلی عفونت دستگاه تناسلی آنان است گاهی هم اتفاق میافتد که با وجود مبتلا بودن این دستگاه مجرای پیشاب کاملا سلامت و عاری از عفونت خواهد بود .

علت پیدایش و آسیب شناسی ـ علل پیدایش سوزاك مجرا در نزد بانوان وضایعات آسیب‌شناسی حاصله از آن بعینه همانهائی هستند که درسوزاك حاد مجرا در نزد مردان تذکر داده شده منتها در نزد زنان بواسطه کوتاه بودن طول مجراو وضع ساختمانی آن پیشرفت عفونت بطرف مثانه سریع‌تر بوده وضایعات غددی آنهم درسطح تحتانی مجرا بیشتر دیده میشوند .

نشانی ها ـ اغلب زنان مبتلا بسوزاك مجرا بعلت ناراحتی‌هائی که در اثر آماس‌مهبل‌یازهدان‌ویا مثانه‌حس میکنند مراجعه مینمایند ، وچنانچه درباره آماس پیشابراه سؤالی از آنان کرده نشود و یا هنگام معاینه مجرای پیشابشان آزمایش نگردد سوزاك مجرایشان بی‌سروصدا وبدون تشخیص باقی میماند .

عده‌ای دیگر تنها شکایتی که از سوزاك مجرا دارند حس سوزش مختصری است که هنگام ادرار کردن ظاهر و آنهم درمقابل علائم و آثار سوزاك دستگاه تناسلی غیرقابل اهمیت تلقی میگردد .

بالاخره عده معدودی از آنان هم فقط بعلت سوزش شدید هنگام پیشاب و تکرر ادرار مراجعه مینمایند .

نشانی های فیزیکی ـ درمعاینه‌بیمار قرمزی شدید سماخ مجرا ، قطره‌چرك

---

1 – Uretrite blennorragique aigue .

موجوده در آن ، تورم مخاط مجرا که گاهی بشکل چنبره در دهانه مجرا دیده میشود (۱)، وبالاخره آماس احتمالی غدد سکن (۲) و یا بارتولن (۳) جلب توجه مینمایند (غدد سکن دوغده کوچکی هستند که در طرفین سماخ مجرا واقع شده‌و مجاری ترشحی آنان در طرفین و پائین سماخ، یا درلبه آن،ویا کمی در داخل آن سرباز میکنند . غدد بارتولن هم در ثلث خلفی لبهای بزرگ فرج و درفاصله بین آنها ولبهای کوچك قراردارند . آماس غدد بارتولن عموماً یکطرفه و بزرگی هریك ازآنها هم تا باندازه یك‌لیموی‌ترش ممکن است تغییر نماید).

پیشاب بیمار در گیلاس اول دارای فیلامان سنگین است اما با وجود محرز بودن تکرر ادرار سایرنشانیهای آماس مثانه وجود ندارند (علت تکرر ادرار در این‌قبیل مواردتحریك عنق مثانه دراثرعفونت مجراست نه‌آماس این‌عضو).

بالاخره در آزمایش دستگاه تناسلی‌هم قرمزی ، گرمی،و ناصافی مخاط‌مهبل محرز و قرمزی عنق رحم یا بزرگی و التهاب خود زهدان نیز ممکن است بسایر نشانی‌ها افزده شده باشد .

عوارض ـ عوارض عمومی و دوردست سوزاك حاد در نزد زنان بعینه مثل مردان یعنی سپتی سمی ، آندوکاردیت ، مننژیت ، آرتریت و غیره میباشند . اما مهمترین عوارض موضعی آن یکی آماس غدد تحت‌مجرائی(٤) وتبدیل شدن آنها بدمل‌های تحت مجرائی است و دیگری‌آماس مخاط مثانه یا سیستیت .

دملهای نامبرده اگرتنها بداخل مجرا سرباز نمایند حفره کیسه‌ای شکلی را تشکیل میدهند که چون فضای داخلی‌اش بدرون پیشابراه مربوط است ادرار میتواند درآن وارد شده و از آن خارج گردد (٥)، اما اگردملهای مزبور هم بمجرای پیشاب و هم بجدار فوقانی مهبل سرباز نمایند مولد فیستول‌مجرائی‌مهبلی خواهند شد (٦).

---

1 - Ectropion 2 - Glandes de sken 3 - Bartholin
4 - Glandes sous uretrales 5 - Uretrocèle
6 - Fistule urétro - vaginale .

تشخیص - گواینکه اغلب سوزاك‌های حاد مجرا در نزد زنان یا خودبخود بهبود یافته ویا بی‌سروصدا و بدون تشخیص مزمن میگردند ، معذالك آن دسته ای از این عفونت ها هم که جلب توجه نموده و موجب مراجعه بیماران میگردند تشخیصشان آسان وتنها با پیدا کردن قطره چرکی درسماخ مجرا (پس ازمالش مجرا) وآزمایش ذره بینی آن ممکن و میسر خواهد بود.

درمان - همانطور که درسوزاك حاد مردان تذکر داده شده در اینجا نیز رعایت بهداشت عمومی ، رژیم غذائی، وپرهیز از مقاربت و تحریکات جنسی لازم بوده ونوع درمان موضعی نیز برحسب دیریازود مراجعه کردن بیمار فرق میکند.

۱ - **درمان مسقط** (۱) - روش درمان‌مسقط حاوی نکات زیرودرنزدزنانی قابل اجرا است که برخلاف معمول خیلی زود وبموقع مراجعه کرده باشند.

الف - نخست لبهای فرج ودهانه آنرا بامحلول یك درهزار پرمنگنات دوپتاس کاملاشسته، وباگذاردن یك اسپکولوم درمهبل گردن زهدان و دهانه سوراخ آنرا نیز بوسیله تامپونی که بمحلول نامبرده آلوده شده است پاك میکنند .

ب - پس ازاین مقدمه اسپکولوم را درآورده وباکانولی مخصوص (رجوع شود باسبابهای شستشو) وبدین‌ترتیب مهبل را شستشو مینمایند :

نوك کانول را وارد مهبل نموده وهمینطور که جریان محلول (پرمنگنات دوپتاس یك درهزار) ادامه دارد کانول را بیشتر وارد نموده وتا عمق مهبل پیش میبرند تاآنکه گردن زهدان ، بن‌بست‌های اطراف آن، وخودمهبل نیز شستشوداده شود (اگر درحین شستشو دهانه مهبل را متناوباً در اطراف کانول بفشارند چون مایع تزریقی درآن جمع شده و چین‌وشکنج‌های داخل آنرا باز مینماید عمل ضد عفونی کردن بهتر انجام میگردد ؛ بعلاوه چون پس از رها کردن آنهم ترشحات موجوده درمهبل با مایع تزریقی بخارج میریزند منظور اصلی بهتر عملی میگردد).

ج - بعدازآنکه‌شستشوی‌مهبل‌تمام شد (لااقل بایك لیترمایع) کانون‌شستشو

---

1 — Traitement abortif.

رادرآورده، وپس ازتمیز کردن دهانه پیشابراه یك میل قطره‌چکان نازك‌را وارد آن نموده وچند قطره ازمحلول آرژیرول ۲۰ درصد در آن میچکانند،وهمینطور که بملایمت میل را داخل مجرا میکنند تقطیردارو را نیز ادامه میدهند تاآنجا که نوك قطره چکان در مثانه وارد گردد ؛ بعد ازآن میل‌را به ملایمت از مثانه خارج نموده و همینطور که متدرجاً بسماخ مجرا نزدیك میشوند بازهم بچکاندن قطرات آرژیرول ادامه میدهند .

د ـ پس از انجام این کار اسپکولوم دیگری در مهبل گذارده و یك تامپون آلوده بمحلول پرمنگنات دوپتاس‌را بدرون آن و نزدیك‌بگردن‌زهدان‌میگذارند، سپس اسپکولوم مزبور را هم در آورده و بیمار را برای مدت ۱۲ ساعت آزاد میگذارند .

ر ـ پس از ۱۲ ساعت دیگر جلسه دوم شستشو را مثل جلسه اول تکرار نموده و تا چهار روز بهمین ترتیب معالجه را ادامه میدهند تا آنکه بهبودی کامل حاصل گردد .

۳) ـ درمان معمولی(۱) ـ دراینجا نیز درمان‌موضعی شامل‌دستگاه تناسلی و مجرای پیشاب هردو باید باشد منتها اگر آماس مخاط مهبل خیلی شدید و بعلت واژینیسم(۲) مانع ازانجام‌شستشواست قبلا بوسیله‌داروهای ضدعفونی کننده‌عمومی و حمامهای گرم و یا کمپرس‌های گرم موضعی شدت التهاب‌را تخفیف‌داده و پس‌از آن بدرمان اساسی میپردازند .

روش‌درمان ـ الف ـ پس‌ازشستشوی لبهای‌فرج ودهانه‌آن ، وتمیز کردن عنق زهدان و مدخلش ، و بالاخره شستشوی کامل مهبل با محلول یك در دوهزار پرمنگنات‌دوپتاس (بطریقیکه دردرمان مسقط تذکر داده‌شد) درون عنق زهدان را هم که حتماً مبتلا میباشد بوسیله تقطیر آرژیرول ۲۰درصد ضدعفونی مینمایند (با یك میل قطره چکان نازك در رفتن و برگشتن قطره آرژیرول میچکانند) .

ب ـ بعد اگر خود زهدان هم مبتلا و دارای ترشح باشد حفره داخلی آنرا

1 — Traitement curatif 2 — Vaginisme.

نیز پس از اتساع دادن سوراخ عنق با محلول آرژیرول یك درصد شستشو داده ، و یا بجای استفاده از آرژیرول تامپونی را که بمحلول یك تا ده درصد نیترات دارژان آلوده شده است مدت ده دقیقه درمجاورت مخاط عنق و خود زهدان باقی میگذارند .

ج - پس از این عمل اسپکولوم مهبل را درآورده ومجرای پیشاب را بامحلول یك در چهارهزار پرمنگنات دوپتاس شستشوی بزرك میدهند .

د - بالاخره مجدداً اسپکولوم مهبل را گذارده و پس از قراردادن تامپونی آلوده به پرمنگنات دوپتاس یك در دوهزار در نزدیکی عنق زهدان آنرا بیرون میاورند، و هر روز هم این معالجه را ادامه میدهند تا آنکه بیمار بهبودی کامل یابد .

حال اگر در ضمن درمان سوزاك و یا قبل از آن عوارضی از قبیل آماس غدد تحت مجرائی و یا غدد بارتولن پیش آمد نماید نخست از داروهای ضدعفونی کننده عمومی بخصوص پنی سیلین استعانت طلبیده و درصورت عدم موفقیت بدرمان جراحی آنان متوسل میگردند .

۴ - سوزاك مزمن مجرا (۱)

سوزاك کهنه مجرا در نزد زنان نیز سوزاکی را گویند که بیش از دوماه از شروعش گذشته و با وجود ادامه ترشح هیچگونه درد و سوزشی نداشته باشد .

علت اصلی این سوزاك ها نیز سوزاکهای حادی هستند که بعلت معالجه نکردن، یا بد معالجه کردن ، و یا پیدایش یکی ازعوارض مزمن و طولانی میشوند .

نشانی ها - مهمترین علائم سوزاك کهنه مجرا درنزد بانوان یکی قطره چرك صبحانه است که یا خودبخود و یا پس از دوشیدن مجرا از راه مهبل دیده میشود ، دیگری هم قرمزی مدخل غدد اسکن است که اغلب موجود و بافشار مختصری هم قطره چرکی از آنها بخارج میریزد .

گذشته از این نشانیها هرقدر هم که دوره بیماری طولانی تر شود علائم و آثار دیگری نیز جلب توجه میکنند که بنابرضایعات تشریحی مولد آنها اشکال مختلف غددی(۲) ، لیفی(۳) ، و جوانه ای(٤) بسوزاك مزمن زنان داده میشود .

1 — Blennnrragie chronique 2 — Glandulaire
3 — Fibreuse 4 — Proliferante .

در شکل اول غدد مترشحه واقع در ثلث قدامی سطح‌تحتانی مجرای پیشاب ملتهب‌شده و باگشودن لبهای‌سماخ‌مجرا ازیکدیگر تورم والتهابشان قابل‌ملاحظه خواهد بود .

در شکل لیفی مخاط مجرا و نسوج تحت مخاطی بعلت ادامه یافتن ارتشاح سلولی تغییر شکل پیدا کرده ، و پس‌از تبدیل شدن بنسجی لیفی مولـد ضیق مجرا میگردند . دراین شکل ازسوزاك مزمن ناراحتی و زور زدن هنگام ادرار موجب مراجعه بیمارشده ، و درتفتیش مجرا هم ضیق‌طولانی وتنگی که گاه میل‌نخی‌شکل هم از آن عبور نمیکنند کشف میگردد .

بالاخره درشکل‌جوانه‌ای برآمدگی‌های گوشتی‌متعددی‌درسطح‌مخاط‌مجرا میرویند که ممکن است پایه‌دار بوده واز سماخ مجرا خارج شوند ، و یا بدون‌پایه بوده و بسطح مخاط چسبندگی داشته باشند . در هـر حال ایندسته از آماس هـا نیز موجب اختلالات ادراری بوده و گاه مولد خونریزیهای‌خود بخودی و یا پس‌از تماس میگردند .

تشخیص - وجود عوارض سوزاکی دردستگاه تناسلی ، شکایت‌بیمار ازطرز ادرارکردن ، و آزمایش مجرای پیشاب‌درحین‌معاینه عمومی تشخیص‌سوزاك‌مزمن را محرز و آزمایش ذره‌بینی ترشحات مجرا نیز نوع میکرب موجوده در آن را مشخص مینماید .

درمان - درشکل‌غددی‌یعنی‌هنگامیکه عفونت‌سوزاکی درغدد تحت‌مجرائی یاغدداسکن جایگزین شده‌باشد بهترین راه‌درمان بازکردن‌مراکز عفونت بوسیله ترموکوتر و یا جرقه الکتریکی است .

درشکل لیفی یعنی هنگامیکه ضیق‌مجرا نیز درکار باشد راه درمان اتساع دادن پیشابراه و شستشوی آن خواهد بود .

بالاخره در شکل جوانه‌ای نخست چندین جلسه از محلول یك درصد تا یك در۲۰ نیترات دارژان را درمجرا تقطیر کرده ، یا درصورت عدم‌موفقیت جوانه‌های موجوده‌را باقلم‌نیترات دارژانیکه درهرجلسه دودقیقه‌درمجرا باقی‌میماند سوزانده

(این روش درمان‌را چندین‌جلسه میتوان تکرار کرد مشروط بر آنکه درهر جلسه و پس از اتمام عمل مجرا را با سرم فیزیولوژیك بشویند)، و یا بالاخره درصورت مهیابودن وسیله و بخصوص عدم‌موفقیت بطرق‌نامبرده جوانه‌های مزبور را باجرقه الکتریکی و یا گالوانوکوتر میسوزانند.

در هرحال روش درمان آماس مجرا هرچه که باشد باید با درمان معمولی سوزاك دستگاه تناسلی نیز توأم گردد.

درمان سوزاك زنان حامله - درمان سوزاك مجرا درنزد زنان حامله بعینه مثل زنان دیگر و بدون مانع است، اما برای درمان سوزاك دستگاه تناسلی باید بنحوی رفتارشود که از تحریك شدید عنق زهدان و اتساع مهبل جلوگیری شده باشد. برای اینکارهم اولا بوژی خیلی نازکی برای تقطیر آرژیرول درعنق زهدان بکار میبرند و ثانیا بجای تامپون گذاردن درمهبل از اوول‌های(۱) موجوده برای اینکار استفاده مینمایند.

آخرین اطلاعات درباره سوزاك

اشکال - طبق مشاهدات تورن (۲) و روئل (۳) که درشماره دوم سال۱۹٤٦ مجله امراض جلدی وسیفلیسی انگلیسی مندرج‌ چند بیماری مخصوصی هم‌بنام‌سوزاك کاذب روده‌ای وجود دارد که آنرا با سوزاك حقیقی اشتباه نباید کرد.

عامل‌مولداین بیماری بنام پسودو گونو کوك آنتریتیك(٤)معروف وشروعش هم با اسهالی است کاملا مشابه با اسهال خونی باسیلر.

بیمارمبتلاباین عارضه تا۱۰-۱۲ روز از ابتلاء باسهال شاکی‌بوده، ودرپایان این مدت جریان چرکی در مجرایش ظاهرمیشود که باسوزش ودرد مختصرهمراه خواهد بود. همینطوربس از چند روزی هم ظهور ورم ملتحمه چشم (٥) و ورم مفاصل(٦)توجه بیماررا بخود جلب نموده وتابلوی کلینیکی مرض‌را تکمیل‌مینمایند.

---

1 - Ovules 2 - A. Touraine 3 - A. Ruel
4 - Pseudo - gonocoque enteritique 5 - Conjonctivite
6 - Arthrite.

پس از تکمیل این تابلو اسهال و چرك مجرا و ورم ملتحمه چشم بسرعت بهبودی مییابند ، امـا ورم مفاصل مخصوصا مفاصل زانو باقی مانده و اگرهم بهبودی یابد مجدداً بر میگردد .

درآزمایش مدفوع بیمار باسیلی یافت نمیشود ودرآزمایش چرك مجرایش هم میکربی وجود نخواهد داشت .

بالاخره درمان این بیماری درمانی است علامتی وهیچگونه سولفامیدی هم در روی آن تأثیر نخواهد کرد .

تشخیص مثبت ـ تشخیص مثبت سوزاك در نزد مردان نسبتاً آسان و باآزمایش ذره بینی ترشحات مجرا و فیلامانهای ادراری میسر میباشد ، اما در نزد بانوان حتی آنانکه بطور تحقیق مبتلا بسوزاك کنند اغلب اتفاق میافتد که آزمایش مستقیم ترشحات مجرا ودهانه عنق رحمشان میکرب سوزاکی را نشان نداده و پزشك معالج را نسبت بعامل مولد بیماری مشکوك مینماید .

برای رفع این نقیصه دبری و مینور (۱) بیماران زیادی را تحت نظر گرفته ونتیجه آزمایشهای خودشان را در روی آنان درشماره ۹۹و۱۰ مجله بیماریهای میزراه ۱۹۴۸ چنین خلاصه نموده‌اند : در نزد زنان مبتلا بسوزاك اگـر آزمایش مستقیم ترشحات مجرا ودهانه عنق رحم ده تا ۳۰ درصد جواب مثبت دهد ، کشت ترشحات مزبور ۲۰ تا ۸۸ درصد جواب مثبت خواهد داد .

درمان سوزاك ـ جدیدترین درمـانیکه برای سوزاك مورد استفاده و برای جمعی از شیادان وسیله جمع سرمایه نامشروعی میباشد درمان باپنی سیلین است .

تأثیر پنی سیلین در نابودی میکربهای سوزاك فوق العاده زیاد است اما واقعا هرنوع سوزاکی را با پنی سیلین باید درمان کرد؟ ویا پنی سیلین در درمان هرنوع سوزاکی مفید ومؤثر میباشد ؟

ـ اگر منظور اصلی از تجویز پنی سیلین درسوزاك درمان اساسی کسالت بیمار، جلوگیری ازعود ونکث بیماری، وممانعت از سرایت آن بدیگران است باید گفت

1 ـ J.R.Debray et L.Le Minor

که تنها درسوزاکهای حاد ، سوزاکهای حاد طولانی، وسوزاکهای حادعود کننده مؤثر میباشد نه درسوزاکهائی که مدتها ازشروعشان گذشته ویا با عوارض مختلفی ازقبیل ضیق مجرا ، ورم مزمن غده وزی ، ورم مزمن مخازن منی وغیره همراهند زیرا طبق آزمایشهای متعددی که دراین زمینه بعمل آمده وملاحظه ابسرواسیون های زیادی که راجع بدرمان سوزاک با پنی سیلین ذیلاشرح داده میشود درمان سوزاک با پنی سیلین درمان مسقطی است که در نوع حاد و تازه آن بمنزله قویترین حربه مورد استفاده میباشد .

چون ابسرواسیون های جمع آوری شده درباره معالجه سوزاک با پنی سیلین فراوان وطرق استفاده از آن نیز مختلف ومتفاوتند ، لذا ماهم دسته‌هائی از آنهارا که مهمتر ومطمئن‌ترند بترتیب تقدم متذکرشده ودرپایان این تذکر نتایج حاصله از آنها را با یکدیگر مقایسه مینمائیم .

۱) ـ درمان سوزاک با ۲۰۰ هزار واحد پنی سیلین تنها.

طبق گزارش گوورنور (۱) آقایان ژیار وژوپیتر (۲) ازسپتامبر ۱۹٤٥ تا مارس ۱۹٤٦ در بیمارستان نکر (۳) ۱۵۵ مرد و ۲٤ زن راکه مبتلا باشکال حاد عود کننده ، اشکال حاد طولانی، واشکال حاد همراه با عوارض سوزاک بوده‌اند تحت معالجه با پنی سیلین قرار داده وچنین نتیجه گرفته‌اند :

(مجموع مقدار پنی سیلین تزریقی ۲۰۰ هزارواحد، تعدادتزریقات چهارعدد، و فاصله هرتزریق دوساعت بوده است) .

از ۱۵۵ نفرمرد تنهاپنج نفرشان نسبت بمعالجه یاغی بوده و مابقی آنها که ۳۵ نفرشان التهاب مجرای خلفی ، ۲۱ نفرشان لیتریت ، ٤ نفرشان مجاری کوچک غیر طبیعی (٤) ، ۱٦ نفرشان پرستاتیت تحت حاد ، ۵ نفرشان پرستاتیت حاد ، ۲۷ نفرشان اپیدیمیت ، چهار نفرشان لیتریت چرکی ، دو نفرشان روماتیسم پلی آرتیکولر

---

1 - M.R.Gouverneur 2 - Giard et Jaupitre
3 - Necker 4 - Trajets anormales

(نزد این دو بیمار باوجود معالجه پنی سیلینی دردهای رماتیسمی باقی مانده بوده است) ، ویکنفرشان هم ورم ملتحمه چشم داشته بهبودی کامل یافته اند .

نتیجه آزمایش - آزمایش ذره بینی ترشحات مجرا و فیلامانها در روز بعد از درمان ، یکهفته بعداز آن ، وهمچنین درپانزدهمین روز و پس از تحریك مجرا با خوردن آبجو ومشروب ، یا تقطیر نیترات دارژان و ماساژ پرستات (نزد آنانکه التهاب مجرای خلفی داشته‌اند) ، و بالاخره کشت ترشحات منی منفی بوده است.

عدم موفقیت - سه درصد .

از ٢٤ نفر زن تنها دو نفرشان درمان نشده و۲۲ نفر دیگرشان که یامبتلا به التهاب ساده مجرا ، یاالتهاب مجراهمراه باآندومتریت یاپارامتریت یاپیوسالپنکس ویا وولوواژینیت بوده‌اند بهبودی کامل یافته‌اند .

نتیجه آزمایش - آزمایش ذره بینی ترشحات عنق رحم و پیشابراه قبل از تقطیر نیترات‌دارژان و بعد از آن و همچنین بعداز قاعده گی وتقطیر مجدد نیترات دارژان منفی بوده‌است .

عدم موفقیت - هشت درصد.

۲) - درمان سوزاك با ۱۰۰هزار واحد پنی سیلین تنها.

طبق گزارش باربلیون (۱) وسیبوله (۲) درمارس ۱۹٤۷ از ٤٦ بیمار مبتلا بسوزاك حاد که تنها یك تزریق ۱۰۰هزار واحدی پنی‌سیلین محلول در ۲۰سانتی مترمکعب پلی‌وینیل‌پیرو لیدون (۳) ۳۰درصد (جهت تأخیردفع پنی‌سیلین در ٢٤ ساعت) شده بودند چهل ویکنفرشان بهبودی کامل یافته‌اند (آزمایش با آبجو و نیترات دارژان) .

عدم موفقیت - دوازده درصد .

۳) - درمان سوزاك با ۳۰۰ هزار واحد پنی‌سیلین باانضمام سولفامید.

طبق مشاهدات ژین‌لکا (٤) درسرویس پرفسور کوولر در۱۹٤۸ بین‌هزار بیمارسوزاکی که با پنی‌سیلین معالجه شده بودند (۲۰۰هزار واحد در ٤ تزریق با

---

1 - Barbellion 2 - Siboulet 3 - Polyvinylpyrolidone
4 - Jean Leca

فـاصله هر تزریق دو سـاعت) نهصد نفرشان بهبودی کامل یافته (عده‌ای ازایـن بیماران که لام تهیه شده از تـرشحات مجرایشان قبل از تزریق چهارم میکربهای معمولی‌داشته‌تحت درمان با سولفامید که بهترین وسیله‌برای از بین بردن‌میکربهای مزبور بشمار میرود قرار گرفته و اگر فسفاتوری هم‌داشته‌اند یك داروی اسید نیز مصرف نموده‌اند) ؛ واز صد نفردیگرهم هفتادنفرشان پس‌ازیك تزریق پروپیدون یادملکس(۱) وتجدید روش درمان درروز بعد، وسی نفرشان که نسبت باین‌معالجه هم یاغی بوده‌اند با درمان مشروحه در زیر بهبودی کامل پیدا نموده‌اند .

روز اول ۲۰۰ هزار واحد پنی‌سیلین در چهار تزریق +شستشو با پرمنگنات

روز دوم « « « « « « « + پنج گرم‌سولفامید

روزسوم « + « « «

روزچهارم « + « « «

روز پنجم یك تزریق مولد شوك (پروپیدون یادملکس) یاتقطیر نیترات‌دارژان یك در ۲۰۰۰ در مجرا .

عدم‌موفقیت ـ ده درصد .

۴)ـ درمان سوزاك با پنی‌سیلین بانضمام سولفامید و درمان موضعی .

بنابرگزارش مندرجه در شماره ۷ و ۸ سال ۱۹٤۸ اورلوژی پالازولی (۲) ودلاویل(۲)دردرمانگاه میزراه سرویس پیش گیری امراض‌مقاربتی‌در ورن تعداد دوهزار و ششصد بیمار مبتلا بسوزاك حاد را تحت درمان با پنی‌سیلین قرارداده و برحسب مقدار پنی سیلین مستعمله ، روش تزریق آن ، توأم بودن یا نبودن آن بـا درمان موضعی، وتجویز سولفامید نتایج مختلفی بدست آورده‌اند کـه خلاصه آنها درزیرتذکرداده می‌شود .

روش درمان با پنی‌سیلین تنها و نتیجه حاصله از آن :

تعداد	مقدارپنی‌سیلین	دفعات تزریق	تعدادعودها	عدم‌موفقیت
۳۲۰	۱۰۰ هزارواحد	دره مرتبه (روزانه)	٦۱	۲۰ درصد

1. Propidon ou Dmelcos 2-M. Palazzoli 3-G. Delaville

۱۵۰	۲۰۰ « «		در۲مرتبه (بفاصله ۸ساعت)	۲۹	۲۱ درصد
۸۰	۱۰۰ « «		دریکجلسه	۳۹	۲۷ درصد
۸۳	۲۰۰ « «		دریکجلسه	۹	۱۰/۵ درصد

روش‌درمان باپنی‌سیلین باضافه سولفامید باضافه درمان موضعی‌چهارروزه : (مقدار سولفامید مستعمله روزی ٦ گرم و درمان موضعی‌هم تزریق روزانه‌محلول دودرصد پرتارگل درمجرا بوده است) .

تعداد	مقدارپنیسیلین	دفعات تزریق	تعدادعودها	عدم‌موفقیت
۷۳۵	۱۰۰هزارواحد	دره تزریق (بفاصله۲ساعت)	۸٤	۱۱/۵درصد
٤۲	۲۰۰ « »	دره تزریق (« »)	۳	۷ درصد
٦۰۰	۲۰۰ « »	در۲ تزریق (« ۸ »)	٦٦	۱۱درصد
۱۵۰	٤۰۰ « »	در۲ تزریق (« »)	۱۸	۱۱/۵درصد

مقایسه نتایج حاصله ازروشهای مختلف‌درمان.

اگر تعداد بیماران تحت نظر ، مقدار پنی سیلین مستعمله ، وروش درمان انتخابی در هریك از دستجات ابسرواسیون‌هارا خلاصه کنیم :

ابسرواسیون‌ها	تعدادبیمار	پنی‌سیلین	روش درمان	عدم موفقیت
شماره ۱	۱۷۹	۲۰۰هزارواحد	٤تزریق (فاصله۲ساعت)	٥ درصد
شماره ۲	٤٦	۱۰۰ « «	۱ تزریق	۱۲ درصد
شماره ۳	۱۰۰۰	۲۰۰ « «	٤تزریق باسولفامید	۱۰ درصد
شماره ٤	۱۵۲۷	۲۰۰ « «	۲ یا٤ تزریق با سولفامیدومعالجه موضعی	۱۰ر۲۵ درصد

باین‌نتیجه میرسیم که طبق گفته‌های بالازولی ودلاویل روش درمان‌سوزاك با پنی‌سیلین وسولفامید بانضمام تزریق داخل مجرا روش انتخابی باید باشد ، زیرا توأم‌نمودن درمان موضعی با درمان عمومی عدم موفقیت‌را فوق‌العـاده کم کرده و مانع ازپیدایش‌اورتریت‌های‌ثانوی(ازروزچهارم درمان ببعد) ودخالت‌میکرب‌های چرك زای معمولی میگردد .

معذالك امریکائیان معتقدند که پیدایش اورتریت‌های ثانوی بعلت مقدار کم پنی‌سیلین تزریقی است ، و ازهمین جهت‌هم هست که اینان مرضای مبتلا به سوزاك حادرا تنها با پنی‌سیلین وسولفامید معالجه میکنند.

مقدار پنی‌سیلین تزریقی درطریقه امریکائیان ششصد تا هشتصد هزار واحد است که آنرا دردو وحله وبفاصله ۲٤ ساعت تزریق میکنند(محلول روغنی یاآبکی یا سولوسیلین (۱)). مقدار سولفامید تجویزی هم ۱۵ تا۲۰ گرم است که پنج روزه روزی ۳ تا٤ گرم به‌بیمار میدهند .

بالاخره نتایج حاصله ازاین‌روش معالجه رضایت‌بخش و بیماران معالجه‌شده به‌اینطریقه هم ممکن است تا مدتها فیلامانهای سبك و بدون میکرب‌در ادرارشان داشته باشند .

بااین‌وصف‌چنین بنظر میرسد که آنچه که از نظر درمان باپنی سیلین‌اهمیت‌دارد بالا بردن‌غلظت‌پنی‌سیلین‌است‌در خون بطور ناگهانی‌وزیادنه‌بطوردائم‌ومختصر،چنانچه روشی‌را هم که نامبردگان‌انتخاب نموده‌اند تزریق‌دویست‌هزارواحدپنی‌سیلین‌است دردووحله وبفاصله‌هشت‌ساعت (مؤلفین‌مزبور معتقدند که ازاین‌لحاظ‌محلول آبکی یا روغنی ویا فیزیولوژیك پنی‌سیلین فرقی ندارد)، یا ششصد تا هشتصدهزار واحد در دووحله وبفاصله ۲٤ ساعت .

روش آزمایش بیمار - اگر در پایان معالجه چهارروزه ادرار بیمار صاف باشد درروز دهم و۲۵ پس ازقطع معالجه مجرارا با تقطیر نیترات‌دارژان تحریك میکنند،اما اگرپیشاب بیمار محتوی فیلامان باشد بعد از ٤۸ ساعت از ختم معالجه مجرا را با نیترات‌دارژان یك در دویست تحریك مینمایند زیرا دراینصورت اگـر گونوکوکی درمجراوجودداشته‌باشد جریان‌چرك ظاهر واگر میکربهای‌معمولی مولد پیدایش‌فیلامان باشند ادرار بیمار روشن و بدون فیلامان خواهدشد (بیماران دسته اخیررا هرروز یکمرتبه معاینه میکنند تا روز بیست‌وپنجم که مجدداً مجرارا برای آزمایش نهائی تحریك مینمایند) .

1- Solvocillin

درمان برخی از عوارض سوزاك .

ورم مفصل سوزاکی - در آوریل ۱۹٤۷ لاورینی(۱) و مرسیه(۲) ابسرواسیون بیماری را که مبتلا به رماتیسم سوزاکی و آماس پیشابراه و مثانه با پیوسیانیك بوده بمجمع اورولوژی فرانسه گزارش نمودند. بیمار مزبور که نسبت بدرمان های سولفامیدی و پنی سیلین یاغی بوده باتزریق یك میلیون واحد استرپتومیسین(۳) در روز و تا شش روز متوالی بهبودی کامل یافته بوده است.

همچنین انگلیس ها ابسرواسیون دیگری را منتشر نمودند که طی آن از تأثیر استرپتومیسین در رماتیسم های سوزاکی بحث شده (درصورتیکه واکسن و سولفامید و همچنین پنی سیلین در آن کوچکترین تأثیری نداشته است) و مقدار تزریقی آنرا هم درهرروز یکمیلیون واحد و تا شش روز متوالی معین کرده اند.

ورم بیضه سوزاکی - طبق گزارش مندرجه در دومین شماره سال ۱۹٤٥ مجله بلژیکی اورولوژی ایمبر(٤) روش جدیدی را برای درمان اورکی اپیدیدیمیت ها پیشنهاد نموده که بکار بستن آن فوق العاده آسان و نتایج حاصله از آن نسبتاً رضایت بخش اند.

نامبرده معتقد است که اگر مقدار ۲۰ سانتی متر مکعب از محلول یك درصد نووکائین را درضخامت بندبیضه(٥) و نزدیك بمجرای مغبنی تزریق نمایند(٦) نه تنها موجب ازبین بردن ورم و دردبیضه میشوند بلکه مانع از پیدایش نسوج لیفی حاصله ازعفونت مزمن نیز میگردند (درنزد آنان هم که ورم بیضه دوطرفه داشته و تحت چنین معالجه ای قرار گرفته اند پس ازشش ماه نطفه سالم دیده شده است)

با درنظر گرفتن این روش درمان و تأثیر تزریق درناحیه مزبور شواسو(۷) عین همین معالجه را باسرم فیزیولوژیك خالص انجام داده و نتایجی نظیر آنچه که تذکر داده شد بدست آورده است.

---

1 – J.Lavergne 2 – A.Mercier 3 – Streptomycine
4 – Imbert 5 – Cordon 6 – Infiltration novocaïnique du cordon 7 – Chevassue

در درمانگاه میزراه بیمارستان سینا هم عده زیادی از مبتلایان بورم بیضه سوزاکی و ضربه‌ای را بطریقه ایمبر تحت معالجه قرارداده و نتایج رضایت بخشی بدست آورده ایم.

درد بیضه برخی ازاین مرضا پس از یك تزریق و برخی دیگر پس از دو یا سه تزریق هرروزه یا یکروز درمیان بنحوی از بین میرود که میتوانند بکار خود پرداخته و درصورت لزوم ازشستشوی مجرا نیز استفاده نمایند.

تورم بیضه‌مبتلایان بتأنی وملایمت از بین میرود،اما چون اغلب بیماران‌مورد آزمایش بورم بیضه یکطرفه مبتلا بوده وآنانهم که ورم بیضه دوطرفه داشته پس از بهبودی مراجعه نکرده‌اند نسبت بعقیم‌شدن یا نشدنشان اظهارنظر نمیتوان کرد.

يك‌نکته قابل‌توجه - تزریق نووکائین یا سرم فیزیولوژیك دربندبیضه برای درمان اورکی‌اپیدیدیمیت های سلی کوچکترین تأثیری ندارد.

سوم - تنگی های پیشابراه (۱)

تعریف - تنك شدن پیشابراه عبارتست از کم‌شدن تدریجی و دائمی قسمتی ازفضای داخلی آن دراثر خرابی وتغییرشکل ساختمانی همان قسمت ازجدار مجرا. بنابراین تغییر شکلهائیکه دراثر یك آماس حاد زودگذر، یا وجود یك تومور سرطانی ویا سنك درمجرا ایجاد میشوند بنام تنگی مجرا نباید خوانده شوند.

بطورکلی تنگی های مجرای پیشاب را برحسب علت پیدایششان بسه دسته مختلف التهابی، ضربه‌ای، و مادرزادی تقسیم میکنند.

تنگی های التهابی پیشابراه (۲)

این دسته از تنگی های مجرا خود برحسب نوع‌عفونت مولد به‌تنگی های سوزاکی، سلی، سیفلیسی، وعفونتهای معمولی تقسیم میشوند.

۱- تنگی‌های سوزاکی مجرای پیشاب

ضیق های سوزاکی پیشابراه ازانواع دیگر تنگی‌های آن فراوان‌تر بوده وتقریباً بیش از نود وپنج درصد اینگونه عوارض را تشکیل میدهند.

علت وسبب - تنگی هـای سوزاکی مجرا در سنین مختلفه بیماران مبتـلا بسوزاك مزمن قابل ملاحظه ونزد اشخاص بالغ وبین ۳۰ تا ٤۰ سالگی بیشتر دیده میشوند. پیرمردان‌واشخاص مسن نیز از ابتلاء بدانها مصون نمیباشند.

تنگی‌های سوزاکی مجرا تقریباً همیشه نتیجه یك سوزاك مزمن و طولانی بوده، وکمتر اتفـاق میافتد که درحین یك سوزاك حاد آنهم سوزاکی که بموقع وصحیح معالجه شده باشد ظاهر گردند. بااین‌وصف سوزاك‌های مولد تنگی مجرا آنهائی را باید دانست که یا معالجه نشده، یا بد معالجه شده، ویا بعلت استعمـال

---

1 – Rétrécissement de l'uretre 2 – Rétrécissements inflammatoires

داروهای محرق وقوی طولانی ومزمن شده باشند .

مدت زمانی که ازشروع یك سوزاك حاد تاپیدایش نخستین علائم تنگی مجرا فاصله است نسبت بموقعیت های مختلف ازچهار تا دوازده سال تغییر میکند ، اما گاهی هم اتفاق میافتد که دراولین ششماه پس ازشروع سوزاك و یا پس از بیست سال که ازمقدمه آن گذشت نشانی های این عارضه جلب توجه مینماید. علت دیر کرد نشانیهای این دسته ازتنگی ها سیر بطیئ و تغییرات دیررس انساج مخاطی و تحت مخاطی مجرا است ، اما آندسته ازعواملیکه موجب سرعت پیدایش تنگی و نشانی های مربوط بآن میگردند یا ضربه های وارده بمجرا (انقطاع مجرا ، پارگیهای مختصر مخاط بهنگام نعوظ ، وتزریق مایع تحت فشار درمجرا) درحین سوزاك ، و یا طبیعت اشخاص مبتلا میباشد که اولی ها مولد یك ضیق تصلبی جوشگاهی(۱) شده ، و دومی هم مسبب سرعت پیشرفت تغییرات بافت شناسی محیط پیشابراه وبروز ضیق میگردد (علائم و آثار ضیق های تصلبی جوشگاهی ممکن است در اولین ششماه پس ازسوزاك ظاهر شوند).

آسیب شناسی - ضیق های سوزاکی مجرا مولد تغییرات کالبدشناسی متنوعی درخود این عضو وسایر اعضاء مربوط بآن میگردند .

۱) تغییرات کالبدشناسی پیشابراه - تغییرات کالبدشناسی مجرا عموماً شامل ناحیه ضیق وقسمت خلفی آنند. درجلوی ضیق یامجرا بکلی سالم و یا مبتلا بآماس است ، اما درپشت ضیق علاوه بریك آماس مزمن مجرا واتساع مختصرآن ترك های سطحی مخاطی ، جوانه های گوشتی ، وزخم های کوچکی نیز جلب توجه می کنند که وجودشان رابطه مستقیمی باندازه تنگی و گشادی ضیق ندارد (علت یکسان بودن عوارض درضیق های تنك و گشاد).

محل وقوع ضیق های متعدد سوزاکی (دو سوم از حالات) عموماً مجرای قدامی و درصورتیکه منحصر بفرد باشند دردرجه اول مجرای بصلی ، سپس حفره زورقی ، وبالاخره زاویه بیضه ای آلتی است(۲).

---

1 – Rétrécissement scléro-cicatriciel

2 – Angle péno-scrotale

شکل ضیق‌های سوزاکی یاشبیه بدیافراگم، یا چین خوردگی مخاطی(۱)، یااستوانه‌ای(۲)، یاحلقوی، ودرصورت متعددبودن مجموعه‌ای ازاین اشکال است .

اندازه وقطرداخلی تنگی‌ها نیزمتفاوت وازاین نظر بسه دسته مختلف ضیق‌های گشاد (قطرداخلیشان ٦تا٧میلیمتر، و بوژی‌های نمره ۱۸تا۲۱ ازآنهاعبورمیکنند)، ضیق های تنگ (قطر داخلیشان چهار تا شش‌میلیمتر، و بوژی‌های‌نمره۱۲تا۱۸ ازآنهاعبورمی کنند)، و ضیق های نخی شکل که قطر داخلیشان ازچهارمیلی‌متر کمتر بوده و بوژی های کوچکتر ازنمره ۱۰ ازآنها عبور مینمایند تقسیم میشوند .

بالاخره ساختمان ضیق‌های نامبرده ازنسوج لیفی و سختی است که اپیتلیوم مخاط، نسوج‌مخاطی، و نسوج اسفنجی مجرا را شامل میشوند بنحویکه در آزمایش ریزبینی این مواضع نسوج اسفنجی مجرا ازداخل با نسوج تحت مخاطی وازخارج با غلاف لیفی مجرا اشتباه میگردند .

گذشته ازاینها در آزمایش ذره‌بینی سایرمواضع نیز وجود سلولهای‌جنینی، سلولهای دوکی‌شکل‌مولد نسوج لیفی، وبالاخره لوکوسیت‌هاجلب‌توجه‌مینمایند .

۳) ـ **تغییرات کالبد شناسی اعضاء دیگر** ـ تنگی‌های سوزاکی مجرا پس‌از برقراری خود بتدریج روی سایر قسمتهای دستگاه ادراری نیز مؤثر واقع شده و کم و بیش درساختمان طبیعی واعمال فیزیولوژیکی آنها تغییراتی ظاهر میسازند .

الف ـ مثانه یا اولین عضوی که تحت تأثیرتنگی‌های مجرا قرارمیگیرد مدتها درمقابل آنها مقاومت نموده و با استفاده از قدرت عضلات خود و انقباضات شدید آنها محتوی خودرا از سوراخ تنگ ضیق میگذراند ، اما پس‌از این دوره سعی کوشش که موجب ازدیادحجم عضلاتش(۳) میباشدقدرت ومقاومت خودرا ازدست داده خستگی‌وزحمت برالیاف عضلانیش غلبه کرده، وبالنتیجه‌الیاف‌عضلانیش صغر یافته و خودش هم بنوبه خود اتساع می‌یابد . گذشته ازاین اگر عوامل عفونتی‌هم در آن رخنه نمایند نشانی‌ها و تغییرات آسیب شناسی یك آماس مثانه نیز سربار ضایعات دیگرش میگردند .

---

1 – Bride   2 – En virol   3 – Hypertrophie

ب - اتساع یافتن مثانه وعدم تخلیه کامل آن درموقع ادرار کردن (باقیمانده) موجب ازدیادکار لوله‌های حالب و بالنتیجه ضخامت جدار، اتساع فضای داخلی، و بالاخره بروزعفونت درآنهامیگردد (اورتریت و پری اورتریت).

ج - بالاخره بطیء جریان پیشاب و رکود آن در قسمتهای نامبرده بانضمام عفونت موجوده دیریازودموجب اتساع لگنچه و گرده وبروزعلائم عفونت درآنها نیزخواهد شد. (پیلیت و پیلونفریت).

نشانی‌ها - همانطور که‌درمقدمه اتیولوژی‌این کسالت‌تذکرداده‌شدازهنگام شروع یك سوزاك حاد تاپیدایش اولین علائم ضیق مجرای مربوط بآن ازچهار تا ۱۲ سال ممکن است بطول انجامد. معذالك قبل‌از بروز علائم اصلی ضیق مجرا دوران دیگری وجود دارد که بنام دوران خاموشی معروف بوده و دراین دوران یاکوچکترین اشکالی در ادرار کردن حس نمی شود و یا اگرهم اشکالی وجود داشته باشد فوق‌العاده ناچیز و غیرقابل اهمیت خواهد بود. با این وصف باید گفت که تنگی‌های مجرای پیشاب ازنظرعلائم یك دوره خاموشی و یك دوره اختلالات ادراری را طی‌می کنند که هریك ازآنها جداگانه قابل بررسی ومطالعه میباشند.

نشانی‌های دوران خاموشی (۱) - دردوران خاموشی ضیق مجرا که مدت آن ممکن‌است کم یازیاد طولانی باشد اغلب بیماران هیچگونه شکایتی ازبیماری خود ندارند؛اما دقت وتوجه بعضی‌ازآنان هم سبب میشود که دراین دوره ازبیماری ناراحتیهای مختصری را حس نموده و بهمین جهت هم بپزشك معالج خود مراجعه نمایند. درهرحال علائم دوران خاموشی نسبتاًمحدودومهمترینشان عبارتند ازوجود قطره‌چرك صبحانه یاروزانه، کم شدن پرش‌پیشاب، زورزدن هنگام‌ادرار، و بالاخره دفع چند قطره ادرار بی‌اختیارپس‌ازاتمام تخلیه مثانه.

دوران‌اختلالات‌ادراری (۲) - شروع این دوره ازبیماری وپیدایش علائم و آثار ضیق مجرا رابطه مستقیمی با سرعت پیشرفت‌ضیق، کوتاهی ودرازی ضیق،

---

1 – Période de latence   2 – Période des troubles mictionnels

احتقاق و پرخونی آن، قدرت و مقاومت مثانه، و بالاخره حالت عمومی و عصبی بیماران مبتلا دارد .

هرقدر که تنگی مجرا باسرعت بیشتری پیشرفت نماید علائم و آثارش زودتر ظاهر میگردند .

هرقدر که طول ضیق زیادتر باشد ناراحتی های بیمار شدیدتر و با سرعت بیشتری جلب توجه می نمایند ، بنحویکه یك ضیق گشادو طولانی علائمش زودتراز یك ضیق تنگ و کوتاه ظاهر شده و ناراحتی های حاصله از آن نیز شدیدتر و مزاحمتر ازاین میباشند .

همینطور ممکن است یك احتقاق شدید و ناگهانی دستگاه تناسلی وادراری موجب بروز علائم ضیقی گردد که تایکساعت قبل شخص مبتلا را از وجود خود بیخبر گذارده و بهیچوجه توجه او را بخود جلب ننموده باشد . و نیز ممکن است بعلت کم یا زیاد بودن قدرت عضلانی مثانه و مقاومت آن علائم و آثار این بیماری زودتر و یا دیرتر ظاهر گردند .

یا بالاخره اعصاب ضعیف و قابل تحریك بیمار(۱) موجب آن شوند که نشانیهای ضیق مجرا زودتر وسریعتر از حد معمول دامنگیر وی گردند .

درهرحال اعم از اینکه علائم ضیق مجرا بطیء و دیررس و یا سریع و زودرس باشند برحسب پیشرفت درجه ضیق سه دوره مختلف اشکال درادرار کردن، تکرر ادرار، و بی اختیاری ادراری را طی مینمایند .

دردوره اول یعنی دوره **اشکالات ادراری** (۲) علائمی که جلب توجه میکنند همگی مربوط بوضع ادرار کردن و برخی از آنان هم مربوط بطریقه انزالند .

بیمار مبتلا بضیق مجرا هنگام ادرار کردن ودرتمام مدت آن زور میزند اما باوجود این قطرادرارش باریکتر از طبیعی، جهش آن کمتر، و شکلش هم بجای آنکه استوانه‌ای باشد مارپیچی ، مسطح ، چند شاخه‌ای، و یا قابل تشبیه باآبی است که از سرآب پاش بخارج بریزد(۳) . گاهی هم ادرار بیمار فاقد جهش بوده، جلوی پا یاروی

---

1 – Spasmophils 2 – Pér. des troubles mictionnels
3 – En arrosoire

کفشش ریخته ، ویا با وجود زورزدن زیاده از حد قطره قطره و با زحمت خارج می شود .

مدت ادرار کردن بیمارطولانی‌تراز طبیعی شده وپس‌ازخاتمه‌آنهم که ازجا برمیخیزد چند قطره دیگر پیشاب (پیشابی که هنگام جریان ادرار درفضای پشت ضیق راکد مانده بود) بی‌اختیار و بدون توجه‌ازمجرا خارج شده(۱) ولباسش‌را آلوده میسازند .

بالاخره توقف ادرار تحت فشار (هنگام ادرار کردن) درپشت ضیق موجب اتساع زیاده ازحد وآنی‌آن قسمت ازمجراو بروزدردهای کم یازیاد شدیدی درنزد بیمارمیگردد .

گذشته ازاین علائم ادراری تغییراتی‌هم در انزال منی بوجود میآید که آنها نیز بنوبه خودمزاحم بیمارمیباشند ، زیرا ترشحات نامبرده که دراثرانقباض عضلات بولبو کاورنو(۲) باجهش نسبتاًزیادی باید بخارج بریزند درپشت تنگی‌های مجرا متوقف شده ، مجرارانا گهانی‌متسع‌نموده ومولد درد میشوند . بعلاوه خودشان هم یا بدون جهش ازمجرا خارج شده ویا بکلی درآنجا باقی مانده وپس‌ازخاتمه عمل بتدریج درشلوار بیمارمیریزند (۳) .

دردوره دوم یعنی **دوران تکرر ادرار** (٤) علامت دیگری نیز بنشانی های نامبرده دربالا افزوده میگردد که آن تکرر ادراراست .

علت پیدایش این تکرر ادرارازبین رفتن قدرت عضلانی ومقاومت مثانه‌است که دراثر پیشرفت ضیق مجراحاصل (درآسیب شناسی تذکرداده شده بود) ومانع ازتخلیه کامل‌آن درمواقع‌ادرارمیگردد ، زیرا این‌تخلیه ناقص که خود نتیجه ضعف عضلانی است موجب زودپرشدن بعدی مثانه و بالنتیجه سرعت پیدایش حس ادرار خواهد بود ، بنحویکه هرچه مقاومت عضلات مثانه کمتر و مقدار باقیمانده درآن فزونتر گردد تکررادرار نیزشدیدترشده و بالاخره بآنجا منتهی میشود که هرچند

1—Fausse incontinence 2–Bulbo - Caverneux

3– En bavant 4- Pollaciurie

دقیقه یکبار بیمار مبتلاحس ادرار نموده و باوجودآنکه فوق‌العاده زور میزند بیش از چند قطره پیشاب دفع نمی نماید .

بالاخره دردنبال این تکرر ادراردوره سوم بیماری یعنی **دوره بی‌اختیاری درادرار**(۱) ظاهر می‌شود که علت اصلی بروز آنهم از بین رفتن قدرت عضلانی عاصره های غشائی و مثانی میباشد ، زیرا وقتی که عاصره‌های مزبور دراثر فشار وارده ازمثانه و ادرار باقیمانده انجام وظیفه ننمودند تنها مانعی که درمسیر جریان ادرار میماند تنگی‌های مجرا خواهند بود که آنهانیزچون بطور کامل مانع ازخروج ادرار نمیشوند پیشاب محتوی مثانه قطره قطره و بدون توجه بیمار دفع میگردد .

تبصره - این نوع بی‌اختیاری ادرار نخست روزانه (بعلت سرپابودن بیمار و سهولت خروج پیشاب) وپس ازمدتی شبانه نیزمیباشد .

عوارض - مهمترین عوارض تنگی‌های سوزاکی مجرا عبارتند از شاش بند کامل ، آماس مزمن مجرا ، آماس انساج سلولی محیط مجرا (پری اورتریت) ، آماس غده وزی (پرستاتیت)، وعفونت ادراری که درهر دوره‌ای از این بیماری (اعم از ضیق گشاد یا نخی‌شکل) ممکن است پیشآمد کنند. گذشته ازاینهاعوارض دیگری هم هستند که یا بعلت پیشرفت بیماری و یا بعلت عدم‌توجه و دقت پزشک معالج دامنگیر بیمار میگردند مثل آماس‌های آبدان (سیستیت) وعفونت‌های لگنچه و گرده (پیلو نفریت) .

بروز شاش‌بند کامل (۲) ممکن است برای اولین دفعه بیمار و پزشک را متوجه‌وجود ضیقی درمجرا نماید، زیرا بیماریکه تا یکی‌دو ساعت‌قبل بدون‌هیچگونه اشکالی ادرار میکرده ناگهان و پس ازیك مقاربت طولانی یا مکرر ، خوردن مایعات فراوان ، یا مشروبات الکلی و آبجو شاش‌بند شده و هنگام معاینه معلوم میشود که بضیق‌مجرا مبتلا است. بعضی‌اوقات هم اختلالات ادراری موجوده درنزد بیمار بتدریج پیشرفت نموده و بشاش‌بند‌کامل منتهی میگردند .

آماس نسوج سلولی محیط مجرا (۳) یعنی دملهای ادراری‌وارتشاح‌ادراری

---

1 — Incontinence d' urine 2 — Rétension complète
3 — Périuretrites .

از عوارض مهم و معروف ضیق مجرا هستند که عموماً موجب بروز فیستول‌های ادراری میگردند.

آماس مزمن مجرا (۱) یعنی علت اصلی بروز تنگی پس از برقراری ضیق نیز ادامه پیدا کرده وتنها با معالجه تنگی مجرا قابل علاج میباشد.

همیطنور پرستاتیت‌های مزمن ویا حادی هم که‌دردوران ضیق‌مجرا پیدامیشوند درمان کامل وصحیحشان بستگی بمعالجه کامل تنگی مجرا خواهد داشت.

عفونت‌های مثانه (۲) که یا بعلت پیشرفت التهاب مزمن مجرا بقسمت خلفی ورکودپیشاب درمثانه، ویا بعلت میل زدنهای کثیف پیشآمد میکنند ممکن است با تمام علائم آماس مثانه یعنی سیستیت (تکرر ادرار، درد وپیوری) ظاهر شده و یا تنها علامتشان کدورت مختصر ادرار و بلغم داشتن آن باشد.

همچنین درپیلونفریت‌های بعلت ضیق مجرا که همیشه کمتراز پیلونفریت‌های اشخاص پرستاتیك‌دیده میشوند با تمام‌نشانیهای یك پیلونفریت حاد (بزرگی گرده، درد، تب و پیوری) موجود، ویا تنها دراثر کدورت پیشاب ودرد ناحیه گرده‌جلب توجه‌مینمایند.

بالاخره درتمام‌دوره‌های‌مختلف ضیق مجرا وضمن هریك ازعوارض‌نامبرده ممکن‌است یك‌عفونت ادراری (۳) تحت‌حاد ویا مزمن‌نیزدامنگیر بیمار گردد که بر حسب وضعیت مبتلا و عوارض موجوده عاقبتش کم یا زیاد خطرناك خواهد بود.

سیر وعاقبت – سیر تنگی‌های سوزاکی مجرا گاهی سریع و گاه فوق‌العاده بطیئ است، همچنین‌عده‌ای ازآنهاخیلی براحتی متسع شده ودیر برگشت‌میکنند درصورتی که عده‌ای دیگر باشکال متسع شده و خیلی زود هم برگشت مینمایند. بطورکلی هرقدرکه سیر تنگی‌های سوزاکی مجرابطیئ تر، اتساعشان آسانتر، و برگشتشان دیرتر انجام‌پذیرد عاقبت بخیرترخواهند بود زیرا آن‌دسته ازضیق‌هائی که بسرعت پیشرفت کرده، باشکال متسع شده، وزود هم برگشت مینمایند اغلب

---

1 – Urétrite chronique 2 – Infections vesicales
3 – Infection urinaire.

مولد عوارض گوناگونی شده ودرصورت‌عدم‌مراقبت ویامعالجه نشدن هم‌عفونتهای مثانی ، لنگنچه‌ای ، و گرده‌ای را پیش‌آورده و بالاخره بیماررا بایك‌پیلونفریت و یا یك عفونت ادراری خطرناك تلف مینمایند .

تشخیص – در تشخیص ضیق های سوزاکی دو نکته را باید مورد توجه قرار داد :

نکته اول آنکه آیا آن قطره چرك صبحانه ، آن اختلالات ادراری ، آن علائم آماس مثانه ، آن شاش‌بند یا بی اختیاری در ادرار ، و بالاخره آن تب‌های نامرتب و یا علائم دیگری که بیمار از آن شکایت دارد معلول‌بیك ضیق مجرا است یا خیر ؟

نکته دوم هم آنکه آیا این ضیق مجرا یك ضیق سوزاکی است یا غیر سوزاکی ؟

تشخیص‌مثبت – برای موفقیت دراین تشخیص یك‌آزمایش کامل‌مجرا میتواند راهنمای پزشك معالج باشد :

گرچه در ملامسه مجرای قدامی وجود هسته‌های سفت و سختی که نماینده انساج لیفی مولد ضیق مجرا هستند ثابت میشود اما یك تفتیش مجرا بوسیله میل مفتش نوك زیتونی و یا مخروطی‌بطور قطع‌وجودضیق، عده‌آنها،و گشادی‌وتنگی هریك را محرز و مسلم مینماید.

دریك مجرای طبیعی میل مفتش نمره ۲۱ یا ۲۲ بسهولت تمام طول مجرا را طی کرده و پس ازتوقف مختصری درمقابل عاصره غشائی ازآنجا نیزعبور کرده و وارد مثانه میگردد ، امادرتنگی‌های‌مجرا میل‌مفتش نامبرده قبل ازرسیدن بعاصره غشائی در موضع غیرمعینی متوقف شده و جلوتر نمیرود . این توقف قطعی نشان میدهد که برای عبور ازاین‌ضیق ابتدائی باید یك‌میل مفتش کوچکتری‌را انتخاب کرد که آن نیزممکن است پس‌ازعبور ازاین‌ناحیه در مقابل ضیق دیگری‌متوقف گردد وقس‌علیهذا . پس با اینوصف ازنمرات وتعداد میل‌هائیکه ضمن تفتیش‌مجرا برای موفقیت بورود درمثانه انتخاب شده‌اند میتوان تعداد ضیق‌ها و گشادی‌هریك

از آنهارا تشخیص داده واندازه گرفت .

گاهی اتفاق میافتد که اولین میل انتخابی یعنی میل نمره ۲۲ طول مجرای قدامی را طی کرده و تقریباً در مقابل عاصره غشائی جداً متوقف میماند، و اگر میل های کوچکتری را هم انتخاب نمایند آنها نیز بعبور از آن نقطه موفق نمیشوند . دراینصورت آیا میشود تشخیص داد که علت این توقف همگانی میل‌ها یك ضیق مجرا و یا یك تشنج عصبی عاصره غشائی است یا خیر؟ ـ دراینگونه موارد بهتر آنست که بجای آنکه میل های مفتش کوچکتری را انتخاب کنند یك میل فلزی یعنی بنیکه نمره ۴۰ تا ۴۴ را انتخاب نموده و وارد مجرا نمایند . با اینوصف اگر توقف میل مفتش در مقابل عاصره غشائی بعلت تشنج عصبانی این عضله باشد میل فلزی براحتی عبور میکند در صورتیکه اگر یك تنگی مجرا مانع از پیشرفت آن شده باشد میل فلزی نیز در آنجا متوقف مانده و جلوتر نخواهد رفت .

گذشته از این حالت اگر توقف میل مفتش در مجرا بعلت سنگ یا سرطان و یا بزرگی غده پرستات هم باشد تشخیص هریك از آنها آسان و بنوبه خود انجام شدنی است .

مثلا در سنگ مجرا احساس سختی و خشونت برخورد میل با مانع و نتیجه حاصله از رادیوگرافی، در سرطان پیشابراه وجود تومور و خونریزی حاصله از آن در موقع تفتیش ، و بالاخره در عظم غده وزی نتایج حاصله از توشه رکتال و موضع گیر کردن میل که در مجرای خلفی است (اگر نوك میل مفتش درمجرای قدامی گیر کرده باشد درملامسه ناحیه عجان و یا نواحی بیضه‌ای و قضیبی محسوس است، در صورتیکه اگر در مجرای خلفی متوقف شده باشد تنها بوسیله توشه رکتال آنرا میتوان حس کرد) تشخیص عارضه اصلی را از ضیق مجرا محرز و مسلم مینمایند.

در هر حال پس از تشخیص قطعی ضیق مجرا بطریق مزبور برای تکمیل معاینات ممکن است از اورترسکوپی و اورتروگرافی نیز استفاده نمود تا با اورتروسکوپی از تغییرات جدار مجرا بعلت آماس مزمن اطلاع حاصل نموده ، و بوسیله اورتروگرافی (بخصوص هنگامیکه بیمار مایع حاجب تزریقی داخل مثانه

را ادرار میکند) نیز بوجود اتساع و یا تغییرات شکل مجرادرپشت ضیق پی برد.

تشخیص افتراقی - برای تشخیص افتراقی ضیق‌های سوزاکی از سایرضیقها کافی است که‌مهمترین خواص هریك ازضیق‌هارا بخاطر داشته باشند .

ضیق‌های سوزاکی پیشابراه عموماً دیررس ومتعدد بوده ودر مجرای قدامی دیده میشوند ، و هرقدر هم که عمیق‌تر بوده و از سماخ مجرا دورتر باشند تنگتر خواهند بود .

ضیق‌های سلی که درمجرای قدامی‌هستند ، طولشان زیاد ، قطرشان کم ، و مدتها بیك‌حالت باقی میمانند .

ضیق‌های سیفلیسی محل پیدایششان درسر آلت بوده وخیلی‌تنگند ، اعتراف بیمار نیز بگرفتن سیفیلیس نوع آنهارا معین خواهد کرد .

بالاخره ضیق‌های ضربه‌ای و یا مادرزادی هم‌عموماً درقسمت وسطی‌مجرای قدامی دیده میشوند که منحصر بفرد وتنگند .

درمان ـ درمان ضیق‌های سوزاکی راههای مختلفی دارد که عبارتند از اتساع ساده مجرا یا همراه با الکترولیز ، برش طولی داخل مجرا یا خارج آن (اوتروتومی داخلی یا خارجی) ، برداشتن موضع تنگی و دوختن دو سر مجرای باقی مانده بیکدیگر(۱). وبالاخره سوراخ کردن مجرا که هریك ازآنها درموارد مختلفی ممکن است مورد نیاز واقع شوند . همچنین روش‌عمل وراه انتخابی‌برای درمان نیز برحسب آنکه ضیق مجرا تنها ویا همراه با یکی ازعوارض نامبرده باشد فرق میکند؛ اما برعکس آن نکته‌ایکه درمعالجه این‌عوارض غیرقابل‌تغییرو بخاطر سپردنی است آنستکه معالجه بهرطریقی که انجام شده باشد مانع ازعود مجددضیق مجرا نخواهد بود (بیماران مبتلا بضیق مجرا که معالجه میشوند هرسال باید یکی دومرتبه تحت معاینه قرار گیرند تا اگرچنانکه تنگی مجرایشان عودت نموده باشد مجدداً اتساع داده شود) .

---

1 - Resection et uretrorraphie circulaire

۱) – روش عمل درمعالجه ضیق‌های ساده ـ ضیق های سوزاکی مجرا عموماً با روش اتساع ساده قابل درمان بوده و کمتر اتفاق میافتد که احتیاج باستفاده از وسایل درمانی دیگر پیدا نمایند باستثناء موارد زیر :

الف ـ اگرضیقی بوسیله بوژی یا بنیکه قابل اتساع نباشد(۱)، یا پس از اتساع درهرجلسه‌زود برگشت نماید (۲)، یا پس‌ازهرجلسه‌اتساع‌خونریزی زیادی را باعث شود(۳)، یا بعلت اتساع مولد دردهای شدید و ناراحت کننده گردد(٤)،یا با میل‌زدن مجرا بروز تب‌های مکرر وعفونی را موجب شود، ویا بالاخره پس از پیشرفت مختصری دراتساع متوقف ماند (٥) درصورتیکه وجود یك‌التهاب مزمن مجرا ، یا غده‌وزی و یا عفونت مثانه‌وگرده ادامه اتساع را ایجاب نمایند باید آنرا اورتروتومی داخلی(٦) کرد .

ب ـ گاهی اتفاق میافتد که ظاهراً تنگی مجرا غیرقابل‌عبور (۷) وبالنتیجه انجام اورتروتومی داخلی درآن غیر ممکن است . دراینگونه موارد حتی‌المقدور باید سعی کرد تاشاید بتوان میل‌نخی شکلی‌را که‌کلید اتساع ساده ویا اورتروتومی داخلی است درمجرا وارد نمود .

برای اینکار ممکن است یا ازخاصیت ضد احتقانی حمامهای موضعی گرم ، تنقیه‌های آب گرم و مسکن ، شیاف های مسکن و یاداروهای ضد تشنج استفاده نموده ؛ یا قبل از اقدام بمیل‌زدن چند قطره نیترات دارژان یك در صد در موضع ضیق تقطیر کرده؛ ویابالاخره قبل از وارد کردن‌میل نخی‌شکل یك میل ضخیمتری را وارد مجرا نموده و نوك‌آنرا چند دقیقه در مقابل تنگی‌نگاه داشت تا شایدبدین وسایل‌موفق‌برفع‌احتقان‌موضع تنگی‌شده ومیل‌نخی‌شکل رابتوان ازمجرا گذراند.

1—Rétrec · dure 2—Ret . élastique

3—Ret . hemorragique 4—Dilatation douloureuse

5—Stationnaire 6—Urétrotomie interne

7—Infranchissable .

همچنین ممکن است چند روز متوالی و هر روزه مقدار پنج سانتی‌متر مکعب از محلول زیر:

تیوزین‌آمین	٤	گرم
آب مقطرعقیم‌شده	۱۰۰	»

را درزیرجلد بیمار تزریق کرد تا شاید بدین وسیله نسوج لیفی مولد ضیق مجرا سختی خود را از دست داده (تیوزین‌آمین نسوج لیفی را از بین نمیبرد بلکه آنهارا نرم میکند) ومانع از عبور میل نخی‌شکل نگردند.

ج ـ اگر با اجرای دستورات نامبرده موفقیتی حاصل شود که چه بهتر زیرا یا اتساع ساده مجرا را ادامه میدهند و یا اورتروتومی داخلی میکنند، اما اگر موفقیتی حاصل نگردد مثانه را باز کرده و مدتی مجرا را آزاد میگذارند تا شاید بدین طریقه احتقان موجوده برطرف شده و میل نخی شکل تنگی مجرا را گذر کند.

د ـ بالاخره اگر با هیچیك از وسایل نامبرده موفقیتی عاید نگردد آنوقت مجرا را از خارج باز کرده (۱) و درصورت منحصر بفردبودن ضیق آن را نیز درمیآورند.

تبصره ۱ـ گرچه در اینجا اورتروتومی داخلی را بصورت یکی از بهترین راههای اتساع مجرا نشان داده‌ایم اما عملا و درحقیقت تاآنجاکه ممکن است باید دراستفاده ازآن قناعت کرد، زیرابرش درونی‌مجراخودموجب بروزنسوج تصلبی وپیدایش ضیق تصلبی خواهد بود.

تبصره ۲ـ اگرضیق مجرائی را اورتروتومی داخلی نموده و مجدداً احتیاج باتساع پیدا نموده باشد تمام دستورات نامبرده بالا درباره آن نیز قابل اجرا خواهد بود.

۳ـ روش عمل درمعالجه ضیق‌های همراه باعوارض ـ ضیق مجرای سوزاکی‌ممکن‌است‌همراه باشاش‌بند، یاآماس‌نسوج‌سلولی‌محیط‌مجرا (پری‌اورتریت)،

1- Uretrotomie externe

یاسوزاك حاد یا فیستول‌های ادراری ویاعفونت مثانه و گرده باشد .

اولا ـ ضیق‌مجرای همراه باشاش‌بند ـ الف . شاش‌بندبدون‌تب ـ درصورتیکه بیمارمبتلا بشاش بند تب نداشته باشد نخست ازحمام های گرم موضعی ، شیاف ها یا تنقیه های مسکن ، و داروهای ضد تشنج مثل بروموورهـا، آنتی پیرین، و گاردنال استفاده نموده ودرصورت عدم موفقیت اورا میل میزنند .

برای میل زدن مثانه‌هم قبلا مجرای پیشاب را تفتیش میکنند تا آنکه درجه تنگی‌ضیق‌را معین نموده وبدانند که چه نوع میل وبچه قطری باید انتخاب نمایند .

درهرحال اگرعبورسوند ازمجرا امکان پذیر بنظر رسد یك میل نوك تیز توخالی (۱) را انتخاب کرده و پس‌از دخول درمثانه و میزان کردنش چند روزی آنرامتمکن‌میگذارند (۲) ، امااگرعبورسوند غیرممکن‌بنظررسدمیل‌نخی‌شکلی‌را وارد مثانه کرده وآنرا متمکن میگذارند تا آنکه ادرار محتوی درمثانه از فاصله بین میل وجدارمجرا بخارج نفوذ کرده ومثانه کاملا تخلیه گردد . درحالت اخیر و بعداز ٤٨ ساعت باید میل نخی‌شکل متمکن را بیرون‌آورده واتساع دادن مجرارا مطابق معمول ومثل حالت قبل ادامه دهند . (درصورتیکه باوجود داخل‌شدن میل نخی‌شکل‌درمثانه ادراری‌ازاطراف آن‌نفوذنکند باید روی همان میل اورتروتومی داخلی کرد) .

بالاخره‌اگرشدت تنگی مجرابانداز‌ه‌ای‌باشدکه هیچ نوع میلی ازآن عبور ننماید (۳) برحسب احتیاج یك یاچند مرتبه وچند روز بزل‌مثانه میکنند (٤) تاشاید بدین طریقه احتقان مجرا را از بین برده و موفق به گذراندن میلی ازآن گردند ، اما اگر بزل مثانه هم نتیجه قابـل ملاحظه ای ندهـد آنوقت مثانه را باز میکنند (سیستوستومی)تا آنکه‌مجرای پیشاب بنحواحسن‌استراحت‌نموده ، وپس‌ازچندروز اجازه‌عبورمیل‌رااز‌خودصادر نماید.

ب ـ شاش بند همراه باتب ـ درصورتیکه درمانهای پزشکی‌رفع شاش‌بندرا

---

1 – Sonde bougie 2 – Sonde à demeur

3 – Infranchissable 4 – Ponction vesicale

ننمایند و مجرای ادرار هم اجازه عبور سوند را ندهد سعی میکنند تامیل نخی شکلی را وارد مثانه نموده و روی همان میل اورتروتومی داخلی کنند ، زیرا درغیراینصورت بجای بزل مثانه بهترین روش درمان باز کردن مثانه یا سیستوستومی است که هم ازنظر رفع عفونت وهم از نظر رفع شاش بند مفید فایده خواهد بود .

ثانیاً ـ ضیق مجرای همراه با پری اورتریت ـ دراین قبیل موارد نخست دمل ادراری و یا ارتشاح ادراری را معالجه نموده و پس از رفع شدت عفونت (تقریباً یك هفته بعدازعمل) بمعالجه ضیق مجرا میپردازند .

ثالثاً ـ ضیق مجرای همراه با سوزاك حاد ـ اگر سوزاك موجوده همراه با شاش بند یا پرستاتیت و یا التهاب مثانه نباشد بهتر آنست که دوره حاد بیماری را بوسیله داروهای ضدعفونی کننده عمومی برطرف نموده، وسپس بدرمان ضیق مجرا که خود وسیله سرعت بهبودی سوزاك است پرداخت . درصورتیکه اگر یکی از عوارض نامبرده همراه با سوزاك باشد بهترین راه جلوگیری از بروز پیشآمدی خطرناك اورتروتومی داخلی وفوری خواهد بود .

رابعاً ـ ضیق مجرای همراه با فیستول ـ دراینگونه موارد قبلا ضیق مجرارا معالجه میکنند ، بعد اگر فیستولی باقی مانده باشد خط سیر آنرا میسوزانند و یا درصورت عدم موفقیت آنرا درمیآورند .

خامساً ـ ضیق مجرای همراه با عفونت مثانه و گرده ـ دراین دسته ازضیق‌ها اگر تب وجود نداشته باشد اتساع ساده ، و اگر همراه با تب باشند اورتروتومی داخلی و گذاردن میل متمکن درمجرا روش درمان خواهد بود .

سادساً ـ بالاخره درآندسته ازضیق‌هائیکه مرتباًعودمیکنند ویا فیستول‌های متعددی ایجاد کرده وپوست بیضه و ناحیه عجان را بنسجی تصلبی و غربالی تبدیل مینمایند باید مجرای ادراررا در ناحیه عجان بجلد باز کرده (۱) وبرای همیشه آنرا باز نگهداشت .

---

1 - Urétrostomie périnéale

۴- ضیق‌های سلی پیشابراه (۱) .

ضیق‌های سلی مجرا فوق‌العاده نادر و عموماً همراه با ضایعات سلی اعضای دیگر دستگاه تناسلی و یا ادراری میباشند .

آسیب شناسی - محل پیدایش ایندسته از ضیق‌ها مجرای قدامی است ، طول آنها زیادو قطر داخلی شان مدتها بیك اندازه و تغییر ناپذیر باقی میماند. علت پیدایششان هم در موارد مختلف متفاوت و بنحوی است که گاهی وجوددانه های سلی منتشر در مخاط مجرا یا نسج تحت مخاطی ، گاهی تصلب حاصله از ضـایعات سلی ، گاهی پیدایش جوشگاهی درمحل ضایعات چرکین ، و بالاخره گاهی هم ضایعات سلی محیط مجرا ویا واکنش محیط مجرا موجب بروز آنها میگردد .

نشانی ها - ضیق‌های سلی مجرا نیز علائمشان نظیر ضیق‌های سوزاکی یعنی همان اختلالات ادراری ، شاش بند ، بی‌اختیاری درادرار وغیره میباشند ، منتها چون این‌دسته از بیماران قبلاهم بعلت مبتلابودن بسل اعضای تناسلی ، یامثانه ، ویا گرده مراجعه کرده و تحت مراقبت بوده‌اند شکایت های حاصله از تنگی مجرایشان نیز اغلب به بیماریهای سابقشان نسبت‌داده‌میشود درصورتیکه اگر آزمایش کاملی از آنان بعمل آید دیده خواهد شد که قسمت مهمی از مجرای قدامی پیشابشان سخت تر و تنگـ تر ازاندازه طبیعی‌شده، ودرجه تنگی آنهم عموماًمتوسط و کمتر اتفاق میافتد که نخی شکل ویا فوق‌العاده تنگـ باشد .

تشخیص - وجود یك ضیق طویل و با قطری متوسط درمجرای قدامی که همراه با ضایعات سلی‌اعضاء تناسلی یامثانه ویا گرده باشد ، بانضمام ترشحات سفید موجوده درمجراو آزمایشهای لابراتواری وجودضیق سلی‌را محرزومسلم مینماید .

درمان - اگردرجه تنگی مجرا باندازه‌ای نباشد که اشکالی درادرار کردن فراهم سازد تنها بمعالجه سایرضایعات سلی اکتفامیکنند ، امادرغیراینصورت نخست بوسیله میل متمکن و سپس بوسیله اتسـاع قطر داخلی مجرا را باندازه متناسبی نگاه داشته (۴۰ تا ۴۵ بنیکه)، و درصورت احتیاج هم از باز کردن مثانه استفاده مینمـایند .

1 - Rétrécissements tuberculeux de l' uretre

۳- ضیق‌های سیفلیسی پیشابراه (۱).

ضیق‌های سیفلیسی مجرا اولا ممکن است نتیجه شانکر سماخ و یا قسمت قدامی مجرا یعنی نزدیك بسماخ آن باشند (درجه اول سیفلیس) که پس از بهبودی نوك آلت وحشفه را تغییرشکل داده وتنگی شدیدی در مجرا بوجود آورند.

ثانیاً ممکن است بعلت پیدایش نسوج تصلبی در جدار مجرا (دوره سوم بیماری) ظاهرشده وقسمتی ازآنرا سخت‌تر وتنگ‌تر از اندازه طبیعی نمایند (۲).

ثالثاً ممکن است نتیجه زخم‌های حاصله از سرباز کردن گم های سیفلیسی در جدار مجرا باشند که آلت را تغییر شکل داده و مجرا را تنگ تر از طبیعی می نمایند.

درمان - علاوه بردرمانهای عمومی سیفلیسی اتساع روزانه ضیق، بریدن سماخ‌مجرا (مآتوتومی)، اورتروتومی‌داخلی، وبالاخره اورتروستومی‌ممکن‌است مورد نیاز واقع‌شوند.

۴- ضیق‌های التهابی‌ساده مجرا (۳)

مهمترین این دسته ازضیق‌ها یکی ضیق‌های حاصله ازگذاردن‌میل‌متمکن (در زاویه قضیبی بیضه‌ای)، دیگری ضیق‌های سماخ مجرا درنزد پیرمردان و یا اشخاص مبتلا به بالانوپوستیت، وبالاخره ضیق‌هائی‌هستند که پس‌ازمدتها میل‌زدن مجرا درنزد پیرمردان ودرمجرای خلفی ظاهر میشوند.

علت پیدایش این دسته ازضیق‌ها یا یك سوزاك قبلی، ویا ضربه های وارده بمواضع نامبرده، و درمانشان هم یا بریدن سماخ، یا اتساع ساده، ویااورتروتومی داخلی خواهد بود.

1—Rét. syphilitiques de l' uretre

2—Syphilome cylindroïde de Fournier

3—Ret. inflammatoires non gonococciques de l, uretre.

تنگی های ضربه ای پیشابراه (۱) .

ضیق‌های ضربه‌ای مجرای پیشاب که از حیث اهمیت بعد از ضیقهای سوزاکی قراردارند تقریباً چهار درصد مجموع تنگی‌هارا تشکیل میدهند .

علت و سبب ـ علل پیدایش این دسته از ضیق‌ها ضربه‌های وارده به پیشابراه و بترتیب اهمیت عبارتند از انقطاع مجرا ، زخم مجرا (بخصوص زخمهائیکه همراه با ازبین رفتن قسمتی ازمجرا باشند) (۲) ، ترك‌های کوچك حاصله ازعبور سنگ یا اجسام خارجی ویا میل‌های مختلف ازمجرا ، وبالاخره پارگی‌های مخاطی مجرا که‌درسوزاك‌های حاد (۳) دراثر نعوظ ویا کشیدن وراست کردن آلت پیدامیشوند. گاهی هم اتفاق میافتد کـه تزریق مایع محرقی در مجرا بعلت سوزاندن قسمتی از مخاط آن موجب بروزضیق میگردد .

آسیب‌شناسی ـ ضیق هـای ضربه‌ای مجرا عموماً منحصر بفرد بوده و محل پیدایششان هم همان مـوضع ایراد ضربـه یعنی بترتیب اهمیت ناحیه عجانی بصلی ، ناحیه غشائی ، ناحیه قضیبی ، ویا ناحیه پرستاتیك است که درهریك ازموارد یاتنها قسمت تحتانی ویا دورتادور محیط مجرا را احاطه میکنند .

طول این‌قبیل ضیق‌ها عموماً کوتاه و بیش از یك سانتی‌متر نیست ، اماسرعت پیشرفت ودرجه تنگی آنها ممکن است فوق‌العاده زیاد وقابل‌توجه باشد .

ساختمان ضیق‌های ضربه‌ای ازنسج لیفی سختی است که ازیکطرف بمحیط مجرا سرایت نموده وازطرف دیگر موجب تغییراتی در اپیتلیوم مخاطی‌میگردد.

بالاخره مجرای پیشاب هم درجلوی ضیق عموماً سلامت ودرپشت آن کم یا زیاد متسع میباشد ، امـا هیچگاه جوانه‌های گوشتی یا زخمهـائی که در ضیق‌های سوزاکی دیده میشدند دراینجا مشاهده نمیگردند.

نشانی ها ـ مجموعه علائمی که در ایندسته ازضیق‌ها جلب‌توجه‌میکنند بعینه همانهائی‌هستند که درضیق‌های سوزاکی تذکر داده شده‌اند با این اختلاف که در اینموردسرعت‌پیدایش آنهافوق‌العاده‌زیادو بنحوی‌است که درماههای اول‌پس‌ازایراد ضربه موجب مراجعه بیمار میگردند .

---

1 - Plais contuses 2 - Chaudepisse cordée
3 — Ret. traumatiques

روش آزمایش بیمار برای تشخیص ضیق هـای ضربه ای نیز بعینه مثل ضیق‌های سوزاکی و تشخیص علتی آنها هم با درنظر گرفتن سابقه بیمار محرز و مسلم خواهد شد .

درمان - دراین دسته ازضیق‌ها هم نخست باید کوشش کرد تا شاید باروش اتساع ساده‌ضیق مجرارا برطرف کرد، معذالك اگرضیق موجوده نخی شکل و برگشت کننده باشد ممکن است آنرا اورتروتومی داخلی کرده، واگر بدین‌وسیله هم غیرقابل اتساع بنظر رسد و یـا پس از اتساع باسرعت زیادی برگشت نماید باید آن قسمت ازتنگی‌را برداشته(۱) و دوسرمجرای باقیمانده را بیکدیگر بدوزند(۲)(عمل اخیر همواره‌همراه با سیستوستومی خواهد بود).

تنگی های مادر زادی پیشابراه(۳) .

ضیق‌های مادرزادی پیشابراه که نسبتاً فراوانند بیشتراوقات در موقع بلوغ وسالهای مجاور آن کشف میگردند.

علت و سبب - راجع بعلت پیدایش این دسته از تنگی‌ها نظریه‌های مختلفی موجوداست که مجموعاً در دوفرضیه سوء تشکیلات جنینی‌وعفونت‌های پیشابراه‌در آن دوره خلاصه میگردند .

طبق فرضیه اول‌نسوج اپیتلیالیکه در دوره جنینی مجرای پیشاب راپرنموده و بتدریج بایدجذب شوند (لام اورترال‌برای‌مجرای‌قدامی و بوشون کلوآکال برای مجرای خلفی) (٤) دربعضی از نقاط مجرا بـاقیمانده ومولد تنگی‌میگردند .

اما بنا برفرضیه دوم ایندسته ازضیقها نیز نتیجه عفونتهای مجرای پیشاب در دوره جنینی میباشند .

آسیب‌شناسی - ضیقهای مادرزادی مجرا گاه منحصر بفرد وگاه متعددند اما درهرحال بترتیب اهمیت درناحیه سرآلت ونواحی‌عجانی بصلی، قضیبی، غشائی، و

---

1 - Resection 2 - Uretrorraphie 3 - Rét . congenitaux de l' uretre 4 - Lame uretrale et bouchon chloacale .

وزیی دیده میشوند .

طول ضیق‌های مادر زادی از یك پرده نازك تا یك استوانه ۳ سانتی‌متری متغیر ، وقطر داخلیشان نیز ممکن است کم یا زیاد از اندازه طبیعی تنگتر باشد .

بالاخره ساختمان اینسته از ضیقها یا کاملا شبیه بسایر نقاط مجرا و یا از نسوج لیفی وسخت است (اغلب این ضیقها همراه با سوء تشکیلات دیگر دستگاه ادراری ویا اعضاء دیگر نیز میباشند) .

نشانی ها ـ عده‌ای ازضیق‌های مادر زادی تا دوران جوانی وبلوغ بی‌سر وصدا باقی‌مانده، وتنها هنگامیکه آماسی درمجرا ظاهرشود علائم وآثارشان جلب توجه نموده ودر معاینه بیمار کشف میگردند .

عده‌ای دیگرهم بعلت تنگی‌فوق‌العاده زیاد مجرا که‌خود مسبب اتساع‌مثانه وگرده و یا بروزعفرنت درآنهاست ازهمان اوان کودکی موجبات مرگ بیماررا فراهم میسازند .

اما دسته سوم ضیقهای نامبرده که حد فاصل بین دو دسته مزبور میباشند با علائم مختلفی از قبیل ناراحتی‌های ادراری ، تکرر ادرار ، شاش‌بند ، بی اختیاری در ادرار ، و یا خونریزی ازمجرا خودنمائی کرده و موجب مراجعه بیمار کوچك میگردند (علت اورترورراژی اتساع شدید و ناگهانی مجرا در پشت ضیق است که هنگام ادرار کردن حاصل ، و مسبب ایجاد ترك‌های کوچکی در آن قسمت میگردد) .

تشخیص ـ تشخیص وجود ضیق و تعیین تعداد و خواص آن بوسیله تفتیش مجرا با میل مفتش و اورتروسکوپی است ، اما تشخیص افتراقی آن از سایر ضیقها در نزد اطفالیکه سابقه سوزاك ندارند آسان و درغیراینصورت‌هم‌تنها با تحقیق کامل وآزمایش دقیق بیمار ممکن ومیسر خواهد بود .

درمان ـ درتنگی‌های سماخ مجرا بریدن سماخ (مآتوتومی) و درسایر موارد اتساع ساده ، یا اورتروتومی داخلی کافی است ؛ اما در تنگی‌های غیرقابل عبور یا از اورتروتومی خارجی استفاده‌نموده، ویا درصورت احتیاج به‌برداشتن آن

قسمت از تنگی مجرا مبادرت میورزند.

تنگی‌های پیشابراه در نزد زنان (۱).

تنگی‌های پیشابراه در نزد زنان خیلی کمتر از مردان اما از نظر علت پیدایش باآنها مشابه ویکسانند. در نزد این بیماران‌هم ضیق های پیشابراه یا التهابی‌هستند (سوزاکی، سیفلیسی، وسلی)، یاضربه‌ای، ویامادرزادی که نسبت فراوانی‌ضیقهای التهابی وضربه‌ای آن بیکدیگر تقریباً مساوی و برابر واحد میباشد (درنزدمردان (۹۵ درصد از ضیق ها سوزاکی است).

ضربه‌های مولدضیق مجرا درنزد زنان بیشتراوقات ضربه‌های زایمانی‌هستند که هنگام‌عبورسربچه ازلگن‌ویاگذاردن‌فورسپس(۲) بعلت‌فشردن جدارمجرا در مقابل استخوان عانه آنرا قطع نموده و یا فاسد میکنند (۳). گذشته از این نوع ضربه‌ها سوزاندن پلیپ های مجرا و عبور اجسام خارجی از آن نیز ممکن است مولد ضیق مجرا گردند.

آسیب‌شناسی - تعداد ضیق‌های‌مجرا درنزد زنان اغلب منحصر بفرد وموضع پیدایششان هم سماخ‌مجرا ویاکمی دورتراز آن میباشد (درضیقهای زایمانی‌موضع بروز ضیق قسمت وسطی ویا خلفی‌مجرا خواهد بود).

ساختمان ضیق‌های مزبور از نسج‌لیفی‌وطول آنها عموماً کوتاه بوده‌و کمتر اتفاق میافتد که خیلی طویل ویا تمام مجرا راگرفته باشند.

نشانی ها - بیشترزنان مبتلا بضیق مجرا از زور زدن هنگام ادرار، باریك شدن‌ادرار،وتکرر ادرارشکایت میکنند. بعضی‌ها شکایتشان از این است که بمحض حس ادرار باید مثانه را خالی کنند زیرا درغیر اینصورت ادرارشان بدون اختیار دفع خواهد شد. عده‌ای دیگرهم از بی‌اختیاری واقعی و یا شاش‌بند ناکامل شاکی بوده، وبالاخره برخی دیگر هم بعلت شاش‌بند کامل و حاد ممکن است مراجعه نمایند.

---

1 - Rét. de l, uretre chez les femmes   2 - Forceps
3 - Sphacélé.

درهرحال پس ازآزمایش بیمار و تفتیش مجرای پیشاب بوسیله میل مفتش وجود ضیق و خواص آن کشف میگردد .

تشخیص- تشخیص‌افتراقی‌ضیق مجرا درنزد بانوان با پولیپ مجرا ، سرطان مجرا، واجسام‌خارجی موجوده درآن بایدداده شود .

در دو بیماری اول سهولت خونریزی بهنگام آزمایش ، توشه واژینال ، و اورتروسکوپی تشخیص را واضح میکنند .

در اجسام خارجی مجرا نیزتوشه واژینال ، حس خشونت حاصله از برخورد میل مفتش با آن، وبالاخره رادیوگرافی واورتروسکوپی بهترین وسیله‌تشخیص میباشند .

عوارض - مهمترین عوارض ضیق مجرا در نزد زنان اتساع مجرا درپشت ضیق ، اتساع مثانه ، وآماس چرکی‌غدد تحت مجرائی است که با سرباز کردنشان بداخل مهبل ومجرا موجب بروز فیستول‌های اورترو‌واژینال میگردند .

درمان - قابلیت اتساع ضیق مجرا در نزد زنان بیش از مردان است ، اما روش درمان بعینه مثل‌آنها یعنی یا اتساع‌ساده،یااتساع همراه با الکترولیز ، یا اورترو‌تومی داخلی ، ویا درحالات‌استثنائی‌اورترو‌تومی خارجی‌خواهد بود (برای اورترو‌تومی خارجی از زیر استخوان عانه مجرای پیشاب را از مهبل جدا کرده ، آنرا بپائین کشیده و بازش میکنند) .

آخرین اطلاعات در باره تنگی‌های پیشابراه

راجع بدرمان تنگی‌های پیشابراه طریقه جدیدی تذکر داده نشده است ، اما راجع بانتخاب نوع درمان در موارد مختلف ابسراوسیون‌هائی را خاطر نشان نموده‌اند که برجسته‌ترین آنها بدین قرارند .

۱) - طبق گزارش لوپوتر(۱) در دسامبر ۱۹٤٦ انجام سیستوستومی در نزد بیماران مبتلا بضیق مجرای‌غیرقابل عبور کمك بزرگی بامکان عبور میل نخی‌شکل

1 – M. Lepoutre .

ازمجرا وانجام اورتروتومی داخلی(۱) خواهد کرد ، زیرا بعقیده وی اگر ایندسته ازضیقها همراه با فیستول‌های متعدد و نسوج لیفی نباشند انجام اورتروتومی خارجی برای درمان آنها موردی نخواهد داشت .

درسرویس‌میزراه بیمارستان‌سینا نیز ابسرواسیون‌های‌قابل‌توجهی‌دراین‌باره بدست آمده است .

۲) ـ طبق گزارش سابادینی(۲) درشماره ۱و۲ سال۱۹۴۸ مجله بیماری‌های میزراه و طبق مشاهدات وی در الجزیره بهترین راه درمان ضیقهائی از مجرا که همراه با فیستول‌های ناحیه عجان و تصلب انساج مربوطه باشند برداشتن نسوج متصلب و آن قسمت تنگ و فیستولیزه از مجرا است (۳) . برای ترمیم مجرای باقی مانده هم یا دوسرآنرا روی یك میل بیکدیگر میدوزند (درصورتیکه طول قسمت برداشته شده ازمجرازیاد نباشد) و یا درغیراینصورت روی‌همان میل‌و بجای مجرای‌برداشته شده مجرای جدیدی ازنسوج نرم اطراف ودر دوسه طبقه‌میسازند (در هرحال سیستوستومی بیمار دراینگونه موارد حتمی و گذاردن میل‌متمکن‌در آن لازم خواهد بود) .

درسرویس میزراه بیمارستان سینا نیز درمان ضیق‌های‌همراه با فیستول با این روش‌متداول و نتایج‌حاصله از آن‌هم‌تا کنون قابل توجه‌ورضایت‌بخش بوده‌اند .

۳) ـ طبق گزارشات پول گیدونیی (۴) نیز درمان ضیقهای غیرقابل عبور و همراه با فیستول‌های متعدد نخست سیستوستومی و اورتروتومی داخلی ، و در صورت عدم موفقیت‌سیستوستومی همراه با برداشتن نسوج‌متصلب و ترمیم مجرادر روی سوند خواهد بود .

---

1 — Uretrotomie interne 2 — L. Sabadini

3 – Uretrectomie et pértneectomie 4 — Paul Guidoni.

چهارم - آماس‌ها یافلگمونهای محیط پیشابراه (۱)

فلمگونهای محیط پیشابراه عبارتند از انواع مختلف آماسهای نسوج سلولی موضع نامبرده که بعلل مختلف وعوامل میکربی مختلفی پیشآمد نموده ، و برحسب وضعیت پیشابراه ووجود یاعدم ضایعه‌ای درآن بدو دسته متمایز ازیکدیگر تقسیم می‌شوند .

دسته اول این فلگمونهاآنهائی‌هستند که درتعقیب حوادث‌اتفاقی‌ویابیماریهای این‌مجرا بروز کرده ودراینجا مورد بررسی ومطالعه قرارمیگیرند .

اما دسته دوم فلگمونهائی هستند که راه ورود میکربشان از جلد آلت و یا پوست بیضه بوده ، وهمراه آنها هیچگونه ضایعه قابل ملاحظه‌ای درمجرای پیشاب دیده نمیشود .

علت وسبب - مهمترین‌ضایعاتی ازپیشابراه که ممکن است مولدآماس‌انساج سلولی محیط‌آن گردند بترتیب اهمیت تنگی‌های مجرا ، سنگهای آن ، ضربه‌های وارده بمجرا ، وبالاخره عفونتهای مزمن مجرا میباشند .

علت پیدایش آماس محیط مجرا درتنگی های‌آن وجودجوانه‌های گوشتی، زخم های کوچك ، ترك های مختصر ، وعفونت غددی است که درپشت ضیق واقع شده‌اند؛ اما نکته قابل توجه آنکه درجه تنگی ویاگشادی ضیق دربروز اینگونه عوارض کوچکترین‌تأثیری نخواهد داشت .

اثر سنگهای مجرا در بروز آماسهای محیط این عضو نیزمشابه باضیق‌مجرا وضربه های وارده بآن است .

آندسته ازضربه‌هائی‌هم که‌ممکن‌است بروز چنین عفونتهائی را سبب گردند انقطاع پیشابراه ، میل زدن‌آن ، برش‌طولی‌مخاط مجرا(اورتروتومی‌داخلی) ، ویا

1- Phlégmons péri – uretraux

گذاردن میل متمکن میباشند .

بالاخره گاهی هم اتفاق میافتد که التهاب مزمن پیشابراه در اثر تشکیل جوانه های گوشتی یاضایعات دیگر آماسی درمحیط مجرا بوجود خواهد آورد .

عوامــل اصلی عفونت ـ عوامل میکربی مختلفی که ممکن است در تشکیل آماس های محیط مجرا شرکت نمایند عبارتند از استافیلوکوك ، استرپتوکوك ، کلی باسیل ، ومیکربهای غیر هوازی از قبیل باسیلوس پرفرنژنس (۱) ، باسیلوس فندیبولیفرمیس (۲) ، میکروکوکوس فتیدوس(۳) وغیره .

منشاء اصلی ومرکز انتشار عوامل میکربی نامبرده اغلب اوقات خود مجرا ویاغدد منضمه بآن میباشد ، گاهی هم پیشاب بیمار ویا اسبابهای کثیف وآلوده نیز دربروز اینگونه عفونت‌ها مجرم شناخته میشوند .

راه ورود عوامل عفونت درمحیط مجرا یا مستقیم ویا غیر مستقیم است . در حالت اول میل‌ها ویا اسباب های کثیف دیگر میکرب رامستقیماً در نسوج سلولی محیط مجرا ثابت مینمایند ، درصورتیکه در شق دوم میکرب های مولد آماس یا پس از التهاب چرکی سیاه رگها (٤) و یا التهاب چرکی یکی از غــدد منضمه بمجرا پیشرفت نموده و بمحیط پیشابراه میرسند ، و یا همراه با پیشاب وارد ترکها و شیار های موجوده در مخاط مجرا شده و نسوج سلولی اطراف آنـرا آلوده میسازند .

درهر حال شدت و نوع میکرب مولـد عفونت ، علت سرایت عفونت بمحیط مجرا، وحالت عمومی بیمار مجموعاً عواملی راتشکیل‌میدهند که درشدت ووخامت و سیر و عاقبت آماس های حاصله مؤثر میباشند ؛ چنانچه اگر بیمار مبتلا معتاد باستعمال الکل و تریاك بوده ، و یا رنجور و کم مقاومت باشد حمله میکربهای غیرهوازی‌اورا بیك‌ارتشاح‌ادراری مبتلا میسازند وحال آنکه درسایرموارد آماس

1- Bacillus perfringens 2- Bacil . Fundibuliformis
3- Micrococus Fetidus 4- Phlébite suppurée

های حاصله محدود بوده و باشکال مختلف‌دمل های ادراری‌ویاتومور های ادراری جلب توجه مینمایند .

۱ـ ارتشاح‌ادراری(۱).

ارتشاح ادراری عبارتست از آماس منتشر محیط پیشابراه که منشاء بروزش خود مجرا و عامل مولدش میکربهای غیر هوازی باشند . اینسته از فلگمونها برخلاف سایر آماس های محیط مجرا درعوض چرکین بودن‌موجب قانقرایا وفساد انساج مبتلا میگردند .

علت نامیدن این بیماری باسم ارتشاح ادراری تصور خالی ازحقیقت قدمـا است که علت بروز آنرا نفوذ ادرار در نسوج محیطی مجرا میدانستند ، علت باقی ماندن این‌نام ومصطلح‌بودن آن‌هم‌از آن‌جهت است که‌ارتباط این حادثه رابامجرای پیشاب تعییـن نموده وموجب تشخیص‌بیماری ازفلگمونهای جلدی (آنهائیکه مبدأ بروزشان جلد آلات تناسلی است) میگردد .

آسیب‌شناسی ـ موضع بروز ارتشاح ادراری عموماً در نسوج سلولی ناحیه عجانی تحتانی یازیر وترمتوسط عجان است که ازآنجابزیرپوست‌بیضه،آلت، کشاله ران ، وقسمت پائینی جدار قدامی شکم انتشارمی یابد؛ معذالك گاهی هم در نسوج سلولی ومحیطی قسمتی از مجرا که در بالای وتر نامبرده واقع است ظاهر شده و بالنتیجه درنسوج سلولی فضای رتزیوس (۲) وجدار شکم نیز پیشرفت مینماید .

ضایعات کالبد شناسی معرف ارتشاح ادراری شامل یك کانون اصلی عفونت منضم بمجرا ، یك ناحیه آماس وورم ، ویك عیب پیشابراهی میباشد .

کانون‌اصلی‌انتشار عفونت حفره کوچك‌منضم‌بمجرا ومحتوی مایع‌خاکستری یاسیاه‌رنگی است که جدارش سیاه رنك وفاسد وفضـای داخلیش عمومـاً بافضای داخلی مجرارابطه دارد .

1- Infiltration d' urine

2- Space de Retzius

ناحیه آماس وورم (۱) برحسب دوره بیماری وشدت آن اززیر پوست بیضه وآلت ، تاکشاله ران، وحتی تازیرپوست‌شکم‌ممکن‌است‌انتشاریابد (علت پیدایش ورم درنواحی مزبور ترشح مقدار زیادی سروزیته است که قدما آنرا بجای‌پیشاب گرفته واز همین جهت هم این بیماری رابنام ارتشاح ادراری نامیده بودند) اما در هرحال پیرو این‌آماس فوق العاده انساج سلولی نامبرده وحتی پوست بیضه کم کم سیاه وفاسد شده وقطعه قطعه میریزند .

بالاخره ضایعات خود پیشابراه ممکن است ازیك‌ترك غیر قابل اهمیت ویك تنگی قطر داخلی تافساد قسمت مهمی‌ازجدار مجرا تغییر نموده ، وگاهی‌هم بصورت ظاهر هیچگونه اهمیتی نداشته باشند .

نشانیها - شروع بیماری ونشانیهای‌عملی- هنگام شروع‌یك ارتشاح‌ادراری بیمار مبتلا از ناراحتی مختصر ناحیه عجان که بسرعت مبدل بدرد میگردد شکایت مینماید ، ودرعین حال هم‌ورمی درناحیه مزبور مشاهده میکند که باسرعتی هرچه تمامتر (۲) افزوده شده و باطراف منتشر میگردد . گاهی هم بروز شاش بند ناگهانی ودرد های شدید وناراحت کننده حاصله ازآن درد و ورم ناحیه عجان را ازیاد بیمار خواهد برد مگر آنکه درتعقیب این شاش بند ناگهانی که بعلت‌احتقان شدید وورم نسوج سلولی و مخاط مجرا پیدا شده است پیشاب محتوی مثانه از سوراخ موجوده درجدار مجرا درنسوج سلولی اطراف آن نفوذ نموده واز شدت درد وی بکاهد .

درهر حال‌آنچه که‌بیمار تاآخرین‌دوره‌این کسالت حس میکند (علائم‌عملی) ویا ازآن شکایت دارد ازاین علائم تجاوز نخواهد کرد بلکه برعکس گاهی هم اتفاق میافتد که بدی حالت عمومی وشدت مسمومیت احساسات بیمار راازوی سلب نموده وجای هیچگونه شکایتی برای اوباقی نمیگذارد .

علائم عمومی - شروع یك ارتشاح ادراری در اغلب از موارد بالرزوتب

1– Oedème ou infiltration 2–A vue d'oeil

همراه است ، اما وخامت اوضاع وخطر بیماری ازشدت تب پیش بینی نمیگردد زیرا برخلاف آنچه که تصور میشود دراشکال خطرناك و وخیم این بیماری شدت تب هیچوقت از ۳۸ تا ۳۸٫۵ تجاوز نخواهد کرد در صورتیکه حالت عمومی بیمار فوق‌العاده خراب و نشانیهای یك‌سپتی‌سمی‌شدید یعنی‌زبان‌خشك‌و بار دار ، اختلالات گوارشی ، نبض ضعیف و تند ، اختلالات عصبی ، هذیان و عرق فراوان هم پزشك معالج رامتوجه وخامت اوضاع مینماید .

علائم فیزیکی - پس از برقراری ارتشاح ادراری‌تغییرات موضعی وعلائم‌آن دوره های سه گانه زیررا طی میکنند :

۱- دوران آماس یاتومفاکسیون(۱) - دراین مرحله از بیماری‌ورم یاارتشاح نسوج سلولی محیط مجرا که از خواص مهم ونشانیهای اصلی بیماری است ازناحیه عجان شروع شده و بسرعت بزیر پوست بیضه ، آلت ، کشاله ران ، جدار قدامی و پائینی شکم ، وبالاخره تانزدیکی سوراخ مقعد انتشار می‌یابد .

بیضه‌ها وآلت چین های پوست خود رااز دست داده ، صاف و براق شده ، ومثل یك ورم نفریتی شدید(۲) بحد اعلای انبساط وبزرگی‌ممکنه میرسند ، وحتی دراواخر این مرحله فشارداخلی وارتشاح مایع‌باندازه‌ای‌افزوده میشود که درسطح جلد هم قطراتی شبیه بشبنم جلب توجه مینمایند .

بالاخره این ورم قرمز رنك در فشار بانوك انگشت کمی فرو رفتگی پیدا کرده‌ودومرتبه بجای خود برمی گردد .

۲- دوران ریزش یا الیمیناسیون(۳)- دردوره ریزش که تقریباً ۴۸ ساعت تا چهارشبانه روز پس‌ازدوران ارتشاح‌وورم شروع‌میشود قرمزی‌جلدی بخصوص درناحیه بیضه‌ها زیادتر شده ، طاول‌هـای متعدد و صفحات سربی یا خاکستری و یا سیاه‌رنگی نیز برآن افزوده میگردد. دراین مرحله ازبیماری اگرکارمفیدی برای بیمار انجام نشود یا یك‌سپتی سمی ومسمومیت شدید اورا تلف مینماید ، ویا پوست

1- Période de tumefaction 2- Anasarque
3- Période d' élimination

بیضه‌ها درمواضع صفحات قانقرایائی سوراخ شده و ازدرونشان مقدارزیادی مایع مخلوط با قطعات نسوج فاسدشده قهوه‌ای یا سیاه‌رنك و همراه با بوئی فوق‌العاده متعفن وزننده دفع میگردد که اورا ازمرك حتمی نجات میبخشد.

در حالت اخیر طولی نمیکشد که خود پوست بیضه‌ها نیز قطعه‌قطعه ریخته و قسمت اصلی هریك از آنها که برهنه وعریان شده است تنها وجه اتصالش ببدن بند بیضه ویا کوردن (۱) خواهد شد.

۳)- دوره ترمیم یا رپاراسیون(۲) - دراین مرحله ازبیماری که پیشرفتش نظیر دوره‌های قبلی سریع‌است طولی نمیکشد که درسطح زخم جوانه‌های جلدی ظاهر شده وباقیمانده پوست ناحیه مبتلاهم بسرعت نموکرده و بیضه‌هارا که لخت وبرهنه بودند مستور میسازند. گذشته از این اگر مجرای پیشاب‌هم ضایعه مهمی پیدانکرده ، ویا تنگی موجودد درآن مرتفع شده باشد بزودی فیستول باقی‌مانده بسته شده وبهبودی کامل نصیب بیمار میگردد.

سیر و عاقبت - ارتشاح ادراری سیرش سریع و عاقبتش وخیم و خطرناك است زیرا ازیك‌طرف این بیماری‌مخصوص اشخاص‌الکلیك ، تریاکی، وعلیل‌المزاج بوده، وازطرفی‌هم شدت‌مسمومیت ووخامت‌سپتی سمی حاصله ازآن گاه باندازه‌ای زیاد است که باوجود درمانهای شدید وزودرس بازهم خطرناك و کشنده میماند.

بعلاوه‌درمواردی‌هم که‌درمانی‌صحیح‌وبموقع بیماران‌را ازخطرمرك‌میرهاند ازبین‌رفتن مقداری ازجسم‌اسفنجی بعلت‌قانقرایا، ویا باقی‌ماندن فیستول‌های حاصله درمجرا آنان‌را الی‌الابد معذب وناراحت نگه میدارد.

تشخیص - با درنظرداشتن نشانی‌های‌بیماری تشخیص ارتشاح‌ادراری‌آسان وخالی از اشکال است. اما باوجود این گاهی‌هم اتفاق میافتد که این کسالت‌را با یکی دوبیماری دیگر اشتباه مینمایند.

بیماری‌اول وقابل‌اشتباه باارتشاح‌ادراری قانقرایای برق‌آسای‌آلت وپوست

1- Cordon 2- Pér. de réparation

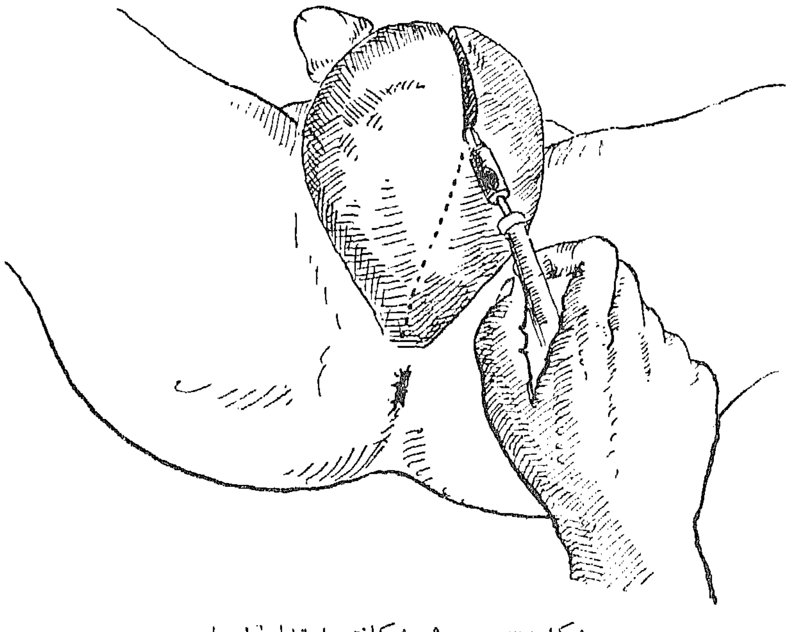
بیضه‌است(۱) که درآن مجرای ادرار سلامت ، ناحیه عجان عاری از آماس وورم، ومحل ورود میکرب جلد آلت یا پوست بیضه است (خوشبختانه روش درمان درهردو بیماری یکسان و بی تفاوت میباشد) .

دومین بیماری‌قابل‌اشتباه باارتشاح‌ادراری‌هم دمل‌ادراری فوق‌العاده‌شدیدی است که بسرعت دوره‌های خودرا بپیماید اما دراینجاهم حالت عمومی بیمار، علائم موضعی ، ووجود چرك در دمل تشخیص بیماری اصلی‌را محرز ومسلم مینمایند.

درمان - درمان‌ارتشاح‌ادراری‌صرفاًدرمان‌جراحی‌است،منتها برای بدست آوردن موفقیت‌بیشتری لازمست‌از خاصیت‌ضدعفونی کننده‌پنی‌سیلین برای‌جلو گیری‌از بروز عفونتهای‌ثانوی،واز خاصیت‌داروهای‌مقوی‌قلب برای‌تقویت‌این‌عضو نیزاستفاده نمود .

درمان جراحی‌ارتشاح ادراری شامل دوعمل‌مختلف‌میباشد که یکی ازآنها فوری‌ومخصوص‌بخودارتشاح ودیگری‌بعدی ومربوط بضیق موجوده درمجرااست

اولا - عمل‌جراحی فلگمون وروش انجام‌آن - ارتشاح ادراری را مانند تمام فلگمون‌های منتشر دیگر باید باز کرده و ازانتشارآن جلو گیری بعمل‌آورد (اسباب مستعمله برای اینکار یك‌ترمو کوتر با چندعدد پنس، وروش‌ضدعفونی هم



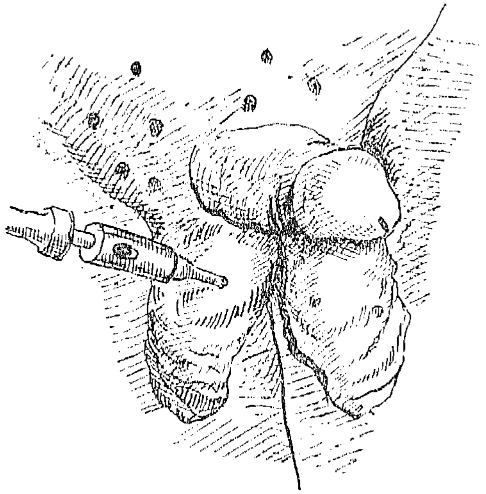
شکل۳۳ - روش شکافتن ارتشاح ادراری

1- Gangrene foudroyante de la verge et des bourses

نظیر سایر موارد عمل جراحی است).

برای باز کردن ارتشاح ادراری نخست پوست بیضه و ناحیه عجان‌را درخط وسط و از زاویه قضیبی بیضه‌ای (۱) تا یکی دو سانتی متری سوراخ مقعد بوسیله ترمو کوتر شکافته و دو بیضه‌را از یکدیگر جدا میسازند.
سپس با انگشت نسوج سلولی زیر جلدی را باز کرده و محیط مجرا را نیز میگردند (برای جلو گیری از پاره شدن مجرا بهتر آنست که قبل از شروع بعمل میلی در آن بگذارند) تاآنکه کانونهای موجوده متفرق وبخصوص کانون اصلی عفونت را هم که حفره کوچك منضم بمجرا و محتوی مایعی متعفن و سیاه‌رنك و جداری فاسدشده وقانقرایائی‌است بازنموده و بدین‌ترتیب سرچشمه عفونت‌را ویران وکانون مولد سپتی سمی ومسمومیت را نیز مضمحل سازند.

البته درنتیجه این عمل مقدار زیادی مایع متعفن و قطعات نسوج فاسد شده بیرون خواهد ریخت اما برای جلو گیری ازانتشار ارتشاح درروی پوست‌بیضه، آلت، عجان، کشاله ران، و حتی ناحیه زیر شکم وبطورکلی تمام نواحی متورم وقرمز نیز بانوك ترمو کوتر وفاصله بفاصله نقاط آتشینی میگذارند(۲).



شکل ۳٤ – روش گذاردن نقاط آتشین درمواضع لازم

این نقاط آتشین (شکل ۳٤) حتی کمی دورتر از نواحی التهاب نیز بایــد گذارده شوند، وبعلاوه بایدبنحوی باشند که بخوبی بتوانند سروزیته‌های موجوده

1– Angle péno - scrotale 2– Pointes de feu

ومترشحه را بخارج ریخته و از پیشرفت عفونت بنقاط دیگر جلوگیری نمایند. برای اینکار هم لازم است که نوك ترموکوتر ضخامت جلد راکاملا سوزانده و وارد فضای سلولی زیرجلدی گردد نه اینکه تنها قسمت سطحی پوست را زخمی نموده وفضای زیرجلدی را با محیط خارج مربوط نسازد.

بالاخره با اجرای دستورات نامبرده و بادرنظر گرفتن اینکه درارتشاح ادراری کانون ترشح چرکی وجود ندارد این نکته مسلم میگردد که گذاردن درن(۱) درزخم خالی از فایده و بیمورد خواهد بود، اما پانسمان هرروزه زخم لازم وواجب میباشد.

ثانیاً ـ ترمیم مجرای پیشاب ـ پس از برش کانون ارتشاح ترشحات متعفن وطبقات نسوج گندیده بسرعت دفع شده وزخم حاصله رو به بهبودی خواهد رفت، اما برای تکمیل این نتیجه وجلوگیری از باقی ماندن فیستول موجوده لازم است که ضیق مجرای پیشاب را نیز که علت اصلی بروز عفونت بوده درمان نمایند.

برای اینکار از یك هفته پس از روز عمل یعنی پس از برطرف شدن علائم عفونت طبق معمول بمعالجه ضیق موجوده درمجرا میپردازند یعنی برحسب موقعیت ازطریقه اتساع ساده، اورتروتومی داخلی، اورتروتومی خارجی، ویا درصورت احتیاج از سیستوستومی و گذاردن میل قهقرائی(۲) استفاده میکنند. گاهی هم اتفاق میافتد که انجام اورتروتومی داخلی انجام پذیر اما وجود یك فیستول ادراری نسبتاً بزرك نتیجه آنرا مشکوك مینماید، دراینصورت پس ازانجام عمل اورتروتومی یك میل متمکن در مجرا میگذارند تاآنکه فیستول موجوده بهتر بتواند بهبودی یابد.

بالاخره چنانچه پس ازدرمان ضیق مجرا بازهم ناسوری باقی بماند آنرانیز مطابق معمول معالجه باید کرد.

۳ـ دمل ادراری (۳)

دمل ادراری عبارتست ازآماس چرکی یا فلگمون محدود(٤) انساج سلولی

1- Drain au plafond 2- Rétograde 3-Abcès urineux
4- phlegmon circonscrit

محیط پیشابراه که در نزد مردان و بخصوص بین بیست تا چهل سالگی بیشتر دیده می شود .

آسیب شناسی - دمل ادراری نیز مانند سایردملها دارای یك حفره مرکزی ویل دیواره است که حفره مرکزی آن کم یا زیاد بزرك وعموماً بافضای داخلی مجرا رابطه دارد .

حفره چرکی مزبور گاه محدود بمحیط مجرا بوده و گاه بسایر نواحی نیز پیشرفتگی و انتشارمییابد(بخصوص بطرف گودال ایسکیور کتال(۱)) ، اما درهر حال موضع پیدایش خود دمل اغلب ناحیه میانین و ندرتاً نواحی بیضه‌ای پیشابراه و یاقضیبی خواهدبود . بالاخره محتوی حفره نامبرده که برآمدگیش عموماًدرخط وسط و ندرتا در یکطرف آن دیده میشودچرك کم و بیش متحدالشکلی است که گاه قطعات انساج فاسد شده‌ای نیز درآن دیده می‌شود . همچنین ممکن است خود پیشابراه هم دریك قسمت ازکنار این حفره واقع و یا دروسط آن مانند طنابی کشیده شده باشد .

دیواره دملهای ادراری که نماینده واکنش انساج سلولی محیط پیشابراه در مقابل عفونت هستند برحسب شدت عارضه و پیشرفت سریع آن ممکن است خیلی نازك و بی‌اهمیت ، ویافوق العاده ضخیم وقابل توجه باشند (هرچه عفونت شدید تر وسیرش سریعتر باشد دیواره دمل نازکتر وظریفتر خواهد بود .)

نشانی‌ها - شروع دملهای ادراری باتبی ۳۸تا۳۹ درجه بانضمام درد ناحیه عجان واشکال درادرار کردن یااحتباس ادراری‌است که همراه بابرآمدگی مختصر ناحیه عجان ویا بیضه نیز میباشند .

دردوره برقراری (۲) دردها مرتباً شدت پیدا کرده ودر نشستن و راه رفتن بیمار رامعذب می‌سازند . همچنین ورم وبرآمدگی ناحیه عجان ، یا بیضه ، ویاآلت نیز که همراه با قرمزی جلد است روبفزونی گذارده وبخوبی با چشم دیده میشود اما گاهی هم این قرمزی وتورم قابل رؤیت نبوده و تنها با ملامسه دقیق است که

1- Fosse ischio - rectale 2- Période d'état

میتوان بوجود تورم پی برد .

قوام دملهای ادراری دراین مرحله گاهی کاملا مواج و گاهی کم یازیادسخت است ، اما درهرحال شکل آنها بیضوی ومحور طولیشاندرامتداد پیشابراه و بیشتر اوقات درخط وسط قرار دارد ، واگر هم‌آنها رابادست حرکت دهند ازجلو بعقب ثابت ولی درجهت عرضی متحرك خواهند بود .

گذشته ازاینها اشکالات ادراری ویااحتباس‌ادراری بیمار هم‌باقی ودرتفتیش مجرا نیز ضیق کم وبیش تنگی تشخیص داده خواهد شد .

بالاخره حالت عمومی این بیماران چندان رضایت بخش نبوده و تبشان هم درتمام مدت برقراری کسالت درحدود ۳۸تا۳۹ درجه باقی میماند .

سیر وعاقبت - دملهای ادراری عموماً رو بچرك کردن و سرباز نمودن پیش میروند ، اما در مواردی هم که علت پیدایششان بموقع مرتفع گردد (مثلا یك میل متمکن مجرا را بر دارند) ممکن است خود بخود جذب شده و بهبودی کامل یابند .

مدت لازم برای رسیدن اینگونه دملها برحسب شدت بیماری مختلف بوده‌و چنانچه بحال خود باقی گذارده شوند یا بداخل پیشابراه ، و یا از راه جلد بخارج سر باز میکنند .

دملهای ادراری اگر بداخل پیشابراه منفجر شوندزهکشی شان ناقص‌مانده وحفر داخلیشان‌کاملا خالی نخواهدشد، اما سوراخ موجوده درجدارشان باعث‌آن میگردد که پیشاب بیمار درحفره دمل نفوذ نموده وموجب سرباز کردن آن بخارج ومسبب بروز یك ناسور ادراری باشد .

همینطورهنگامی‌هم که دملهای‌ادراری‌بخارج سرباز مینمایند بعلت‌زهکشی ناقص مولد فیستول هائی میگردند که عفونت موجوده درآنها خود ایجادکانونهای چرکی دیگری دراطراف نموده ، وباانفجارشان‌بخارج پوست ناحیه‌عجان‌یابیضه‌را تبدیل بزمینه‌ای متصلب وغربالی شکل می کنند که ازهر سوراخ‌آن مقداری‌چرك یاادرار بخارج دفع میگردد .

تشخیص - بادر نظر گرفتن نشانیهای نامبرده در بالا وسابقه دیزوری بیمار و یاتنك بودن مجرای وی گمان نمیرود که در تشخیص دمل ادراری اشکالی باقی بماند اما مع الوصف گاهی هم دملهای ادراری را بایك کوپریت ، یایك دمل لنفاوی ناحیه عجان ، و یایك دمل پرستات اشتباه مینمایند .

در کوپریت ها گر چه اشتباه تشخیصی تغییری در روش درمان نخواهد داد واغلب هم اتفاق میافتد که یك کوپریت منشاء بروز دمل ادراری خواهد بود معذالك باید دانست که تورم مربوط بکوپریت عموماً محدود تر از دمل ادراری بوده ودر یك طرف خط وسط هم واقع میباشد .

در دملهای لنفاوی که منشاء بروزشان عفونتهای مقعدی است علائم تشخیصی سطحی بودن دمل ، مربوط نبودن آن با پیشابراه ، و سلامت بودن این مجرا هستند .

بالاخره در دملهائی از پرستات هم که همراه باپری پرستاتیت بوده و بطرف عجان پیشرفت نموده باشند انجام یك توشه ر کتال تشخیص بیماری اصلی را محرز ومسلم مینماید .

درمان - درمان دملهای ادراری عموماً جراحی ومشتمل بر باز کردن دمل و اتساع دادن ضیق مجرا است ، منتهی برای موفقیت کامل درمعالجه ازدارو های ضد عفونی کننده عمومی و پنی سیلین نیز استفاده باید کرد .

اولا - عمل جراحی دمل ادراری - پس ازضد عفونی کردن پیشابراه و موضع عمل نخست میل صمغی متناسبی راواردمجرا کرده وسپس جلد ونسوج سلولی تحت جلدی رادر امتداد خط وسط وسرتا سر دمل باچاقو میشکافند. بعد باانگشت حفره اصلی دمل وحفره های دیگر موجودومنضمه بآن رانیز کاملا باز نموده ودرخاتمه عمل زخم حاصله راپانسمانی محکم مینمایند .

گذاردن یك میل درمجرا برای جلوگیری ازپاره کردن وقطع این عضودر حین عمل لازم ، وشکافتن سرتا سری دمل و پانسمان عمقی آن برای جلو گیری از باقی ماندن فیستول واجب خواهد بود . اماآیا لازم است که برای سدجریان پیشاب

اززخم میل متمکنی هم درمجرا بگذارند یاخیر ؟ - بعقیده ماریون تنها هنگامیکه پیشاب بمقدار زیادی از زخم خارج میگردد گذاردن میل متمکن لازم ، و درغیر اینصورت آزاد گذاردن مجرا اولاتر میباشد زیرا درحالت اخیر میل متمکن نظیر یك جسم خارجی درمجرا عمل خواهد کرد .

ثانیاً - گشاد کردن مجرا - پس ازانجام عمل مزبور و بهبود نسبی زخم یعنی درپایان هفته اول بعد ازعمل باید مجرای پیشاب را نیز مطابق معمول متسع کرد ، واگر پس از اتساع کامل مجرا باز هم فیستولی باقی بماند آنرا نیز مطابق معمول درمان نمود .

۴- تومورهای ادراری(۱)

تومور های ادراری نوعی ازدملهای مزمن ادراری هستند که سیرشان خیلی بطی ، حفره مرکزیشان خیلی کوچک ، وواکنش سلولی دیواره آنها خیلی زیاداست .

آسیب شناسی - ساختمان تومورهای ادراری ورابطه آنها با پیشابراه بعینه مثل دمل های ادراری‌است. حفره مرکزی تومور ها خیلی کوچك وبیش از یك انگشتانه چرك مخلوط باادرار ندارد ، اما در عوض دیواره آنها خیلی ضخیم (یك سانتی متر یابیشتر) ودر ضخامت انساج لیفی مشکله شان کانونهای چرکی کوچك دیگری نیز موجود میباشند .

نشانیها - مهمترین نشانی تومور های ادراری وجود برآمدگی کوچکی است درناحیه عجان یابیضه که حجم آن ازیك تخم کبوتر تایك هلوی کوچك ممکن است تغییر نماید .

قوام برآمدگی مزبور فوق العاده سخت و واقعاً شبیه بتوموری است که بمجرای پیشاب چسبندگی داشته ، حدودش مشخص بوده ، و مثل آن ازجلو بعقب ثابت ودرجهت عرضی متحرك باشد .

---

1 – Tumeurs urineuses

درتومورهای ادراری قرمزی وورم وجودندارد، ودرد هم باندازه‌ای خفیف است که بناراحتی مختصری تعبیر میگردد.

سیر و عاقبت - تومور های ادراری سیرشان فوق‌العاده بطی، و پیشرفتشان بنحوی است که اغلب هفته‌ها وماهها بهمان شکل ابتدائی باقی میمانند، امابالاخره روزی فرا میرسد که عفونت مزمن موجوده درآنها شدت یافته، تومـور را بدمل تبدیل نموده، و بخارج یا بداخل مجرا سرباز مینمایند. گذشته از این اگر وجه رابط بین تومور وپیشابراه سوراخی باشد که مانع دفت وآمد ادرار نگردد حفره داخلی تومور شکل اورتروسل رابخود گرفته وسالها بهمان صورت باقی میماند، وحتی ممکن است سنگهای کم یازیاد بزرگی نیز درداخل آن تشکیل گردند.

تشخیص - گرچه تشخیص تومور های ادراری فوق العاده آسان است اما باید متوجه بود که آنها راباتومور های واقعی پیشابراه اشتباه ننمود.

درتومور های سرطانی پیشابراه که از جنس اپیتلیوما بوده و بیشتر هم در قسمت خلفی جسم اسفنجی دیده میشوند اولا حدود تومورمشخص نیست و ثانیا هم خود نسج اسفنجی است که تومور راتشکیل داده نه‌اینکه مثل تومـور ادراری بر آمدگی مشخصی بآن ضمیمه شده باشد (اگر تومور سرطانی پیشابراه چرک کرده وناسوری بوجود آورده باشد تشخیص ازتومور ادراری فوق‌العاده مشکل خواهد بود).

درمان - روش درمان تومور های ادراری که‌شبیه بدرمان دملهای ادراری است درچهار نکته نامبرده درزیر خلاصه میگردد:

۱)- گذاردن میل در مجرای پیشاب برای جلوگیری از بـریدن ویا قطـع این عضو.

۲)- باز کردن حفره دمل درسر تاسر برآمدگی آن.

۳)- تراشیدن انساج لیفی مشکل دیواره تومور بوسیله چاقو یا کورت(۱) تارسیدن بنسج سالم.

---

1 - Curette

٤)ـ بالاخره ترمیم ضیق پیشابراه ودرمان ناسور احتمالی آینده .

آخرین اطلاعات درباره پری اورتریت ها

ارتشاح ادراری ـ درتأییدمطالب مندرج درعلل پیدایش این بیماری برد(۲) درسپتامبر ۱۹٤٦ گزارشی رامنتشر نموده که طبق آن از ۹۲ بیمار مبتلا بارتشاح ادراری (هشتادویك درصدشان ضیق سوزاکی، ۱۳درصدشان ضیق ضربه‌ای، وپنج درصدشان سنك مجراداشته‌اند) که اورتروگرافی بعمل آورده بیشترشان نفوذمایع را درمحیط پیشابراه نشان داده ، وبالنتیجه فرضیه ترشح سمی پیشابدرخارج ازمجرای پیشاب(۲) رانیزمحرزنموده‌اند (درمان باسولفامیدمرك ومیراین بیماری رااز پنجاه‌در صدبه‌٥ ۲ درصد رسانده ودرمان باپنی‌سیلین آنرا بچهارده درصد تنزل داده است) .

1- D. E. Beard 2-Extravasation septique de l'urine

پنجم ـ سنگهای پیشابراه (۱).

سنگهای مجرای پیشاب درنزد مردان نسبتاً فراوان (بخصوص درنزداطفال) و پیش زنان بندرت دیده میشوند زیرا ساختمان کالبدشناسی وشکل ظاهری مجرا در نزد زنان با مردان متفاوت (اولا کوتاه است و یکنواخت ، ثانیاً کمتر مبتلا بتنگی های اکتسابی میشود وثالثاً هم قابل اتساع میباشد) و بنحوی است که بندرت مانع ازعبور سنگهای مهاجر مثانه میگردد .

علت و سبب ـ سنگهای پیشابراه یا سنگهائی هستند که از گرده ومثانه آمده و در مجرا ثابت میشوند ، و یا آنهائی هستند که در خود این عضو تشکیل شده و همانجا هم برحجمشان افزوده میگردد .

دسته اول یاسنگهای مهاجر(۲) آنهائی هستند که یابعلت بزرگی حجم وزبری وناصافی سطح خود در یك قسمت از مجرا متوقف میشوند ، یا با وجود کوچکی و مرتب بودنشان در پشت یك ضیق موجوده در مجرا میمانند ، و یا در نزد مبتلایان بغده های بدخیم مثانه یافسفاتوری (بخصوص درنزد مردان) ازقطعات موادآهکی رسوب کرده در روی تومور و یا گل ولای مواد فسفاته تشکیل شده و پس از ته نشین شدن درمجرا ثابت مانده ومولد سنگ حقیقی میگردند.

اما دسته دوم یعنی سنگهای بومی(۳) آنهائی هستند که نزد مردان در پشت یك ضیق مجرا ، ودرپیش زنان درحفره های چرکی منضم بمجرا (٤) بعلت رکود ادرار ، عفونت یافتن آن ، و رسوب موادآهکی تشکیل میگردند .

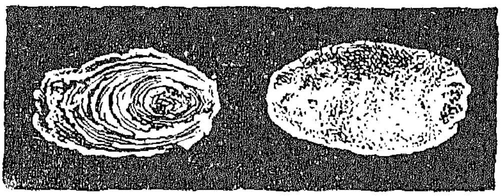
آسیب‌شناسی ـ محل وقوع سنگهای پیشابراه درنزد مردان پس‌از مجرای پرستاتیك ومجرای بصلی مجرای قضیبی وحفره زورقی است درصورتیکه درپیش زنان نزدیك بسماخ مجرا(٥)، در پشت یك ضیق، و یادر حفره های منضم بمجرا(٦) خواهد

---

1 - Calcules de l, uretre 2 - Exogène 3 - Autochton
4 - Uretrocèle 5 - Calcule canaliculaire 6 - Calcules diverticulaires

بود (حفره‌های محتوی سنگ و موجوده در سطح تحتانی مجرا یا در اثر وجود سنگ ایجاد میشوند، و یاقبلا بصورت اورتروسل وجود داشته و شرایط لازم برای تشکیل سنگ را فراهم میسازند) .

شکل سنگهای مجرا گرد ، یابیضی، یااستوانه‌ای ودراز (شکل ۳۵)، ویا بالاخره هنگامیکه متعدد باشند چند سطحی و نامرتب است . گذشته از این ممکن است در



شکل ۳۵ – یك سنك پیشابراه ومقطع طولی آن

یکی ازسطوح آنها فرورفتگی ناودانی شکلی دیده شود ، و یا اصولا بعلت واقع شد نشان دردو ناحیه مختلف بشکل ساعت‌شنی (۱) ویاهالتری کوچك درآیند مثل سنگهائی که درعین حال هم درمثانه وهم در ناحیه پرستاتیك (۲) واقع و یا یك سرشان در مجرا وسر دیگرشان در حفره‌ای منضم بمجرا ثابت شده باشد .

تعداد سنگهای مجرا متغیر وحجمشان نیزمتفاوت است ، اما عموماً تعدادشان منحصر بفرد و حجمشان نیز ازیك گندم تا یك گیلاس کوچك و در نزد زنان تا یك گردو ممکن است تغییر نماید . گاهی‌هم اتفاق میافتد که تعدادآنها زیاد وطولشان باندازه‌ای است که تقریبا تمامی مجرارا پر میکنند (شکل ۳۶)



شکل ۳۶ – سنگهای متعددی که در پیشابراه تشکیل و با یکدیگر مفصل شده‌اند

---

1 - Sablier 2 - Calcules à cheval

بالاخره جنس سنگهائی که از مثانه و گرده آمده و در مجرا ثابت شده‌اند همان ساختمان مخصوص بخود ، و آنها که موضعاً تشکیل و همانجا هم بزرگ شده‌اند عموماً فسفاتیك میباشند .

نشانی ها ـ سنگهائی که پس از یك قولنج گرده‌ای ، یاسنگ‌شکنی (شکستن سنگ درداخل مثانه)، و یابدون سوابق مزبور ناگهان و درحین ادرار کردن وارد مجرا میشوند گذشته از آنکه افتادنشان دراین عضو کاملا محسوس است خودشان هم یا موجب ناراحتی مختصری شده و همان موقع با پیشاب دفع میشوند ، یا مولد شاش‌بند ناگهانی شده و همینطور درمجرا متوقف میمانند، و یا بالاخره شاش‌بندی موقتی ایجاد نموده و پس از رفع آن دراثر جدوجهد بیمار دفع گشته و یا درمجرا باقی میمانند .

اما سنگهائی که درخود مجرا تشکیل و یا بدون توجه بیمار وارد آن شده باشند پس از آنکه مدتها بی‌سروصدا باقی بمانند با علائمی شبیه بضیق مجرا و یا التهاب‌مزمن آن، یا آماس آبدان، و یابالاخره بی‌اختیاری درادرار جلب توجه می نمایند.
سنگهائیکه با علائم ضیق مجرا جلب توجه میکنند در نزد مردان بیشتر قابل ملاحظه بوده و اغلب مبتلایان باین دسته از سنگها هم درموقع ادرار کردن موضع وقوع سنگ را بادست میفشارند تاشاید دراثر جابجا کردن آن بهبودی مختصری در جریان پیشاب ایجاد نمایند .
علائم آماس‌مزمن مجرا (ترشحات چرکین پیشابراه) ، یاعلائم سیستیت (تکرر ادرار، درد هنگام ادرار کردن ، و پیوری) نیز هریك ممکن است شکلی از خودنمائی‌های سنگ مجرا درنزد مردان باشند ، امادرنزد زنان نشانی‌های این دو بیماری عموماً توأم با یکدیگر و بشکل اورتروسیستیت (۱) جلب توجه می نمایند .
علت بی اختیاری ادرار در سنگهای مجرا وقوع آنها در موضع عاصره غشائی (پیش‌مردان) و یا درعنق مثانه درنزد زنان و مردان میباشد .

بالاخره گاهی هم سنگهای مجرا بخصوص در نزد مردان پس از مدتها

---

1 - Uretro-cystite

خاموشی با علائم یك آماس محیط مجرا (۱) ظاهر شده و بیمار را مجبور بمراجعه می نمایند .

تشخیص - سنگهائی که ناگهان در مجرا افتاده واحتباس ادراری را سبب میشوند تشخیصشان آسان است زیرا با یك تفتیش مجرا وجودشان ثابت و محقق میگردد ، اما درآن‌دسته ازسنگهائیکه در خود مجرا تشکیل‌شده و باشکال‌مختلف ضیق مجرا ، التهاب مجرا ، سیستیت ، و بی‌اختیاری درادرار خودنمائی میکنند تنها یك‌آزمایش کامل مجرا است که میتواند علت اصلی آن‌عوارض را تعیین نماید .

درملامسه مجرا وتوشه‌رکتال درنزد مردان ، یا توشه واژینال درپیش زنان ممکن است جسم سختی در مجرا حس شود ؛ اما تفتیش پیشابراه با یك میل مفتش راهنمای بهتری برای تشخیص قطعی خواهد بود زیرا در اینصورت یا نوك میل مزبور درمقابل جسم سختی‌ثابت و بیحرکت میماند ، و یا ازپهلوی‌آن گذشته‌وحس خشونت‌آنرا بدست‌عامل منتقل‌میسازد ؛ اگرهم‌سنگ موجوددرمجرا درحفره‌ای منضم باین عضو واقع شده وخشونت آن محسوس نباشد انجام یك اورتروسکوپی (درنزد زن ومرد) و یا وارد کردن یك میل فلزی نوك خمیده در مجرا (در نزد زنان) قضیه را روشن خواهد کرد.

دراورتروسکوپی وجود حفره منضم بمجرا و سنك محتوی درآن‌محرز، و وارد کردن سوندفلزی‌هم که نوك خمیده‌اش بپائین باشد تشخیص‌آنرا مسلم خواهد کرد زیرا نوك میل‌وارد کیسه منضم‌بمجرا شده ، باسنگ برخوردنموده،وخشونت آنرا بدست عامل منتقل میسازد .

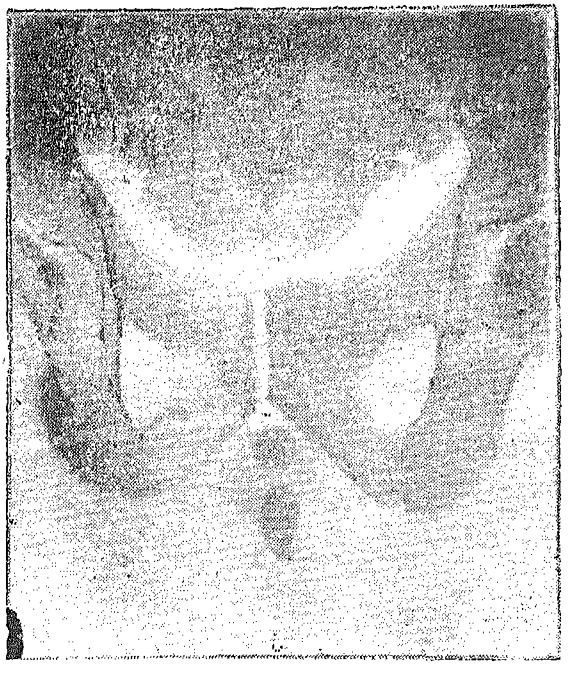
در هرحال باید دانست که‌ارزش تهیه یك کلیشه رادیوگرافی برای تشخیص سنگ مجرا از تمام آزمایشهای‌نامبرده زیادتر وقابل اطمینان‌تر میباشد (شکل۳۷) (باستثنای سنگهای کوچك اسید اوریك که نسبت به اشعه X حاجب ماورا نمی باشند) .

درمان - روش درمان سنگهای مجرا در نزد زنان ومردان متفاوت است.

---

1 –Périuretrite

در پیش زنان - در صورت امکان پس از گشاد کردن مجرا بوسیله انبرك



شکل۳۷ — پرتونگاری دوعدد سنك واقع درپشت
یك تنگی مجرا

اجسام‌خارجی ویا اورتروسکوپ سنگ را خارج میکنند. درصورت عدم موفقیت بطریق مزبور یا سنگ را بداخل مثانه برگردانده و همانجا آنـرا میشکنند و یا مجرای پیشاب را از زیر سمفیزعانه باز نموده وآنرا بر میدارند (۱). بالاخره در حالاتی هم که سنگ موجوده در حفره ای منضم بمجرا یعنی در یک‌دیورتیکول قرارگرفته باشد حفره نامبرده را از راه مهبل شکافته و سنك محتوی در آنرا خارج میکنند .

درنزد مردان - ۱ - سنگهای مجرای قدامی - اگر ضیقی در این قسمت ازمجرا وجود داشته باشد پس از اتساع و اگر مجرا آزاد باشد بدون اتساع قبلی یا سنگ را با فشار ملایم دست بجلو رانده و از سماخ مجرا خارجش میکنند ،

1 - Uretrotomie sous synphysaire .

یابا انبرک اجسام خارجی آنرا درمیآورند، یاپس از اورتروسکوپی ورؤیت سنگ آنرا با انبرك به بیرون میکشند، ویا درصورت عدم موفقیت بطرق نامبرده مجرای پیشابرا ازخارج وروی سنگ شکافته وآنرا بر میدارند (۱) .

۳ - **سنگهای مجرای خلفی** - اگر خروج سنگ بوسیله اورتروسکوپ میسر باشد که چه بهتر اما درغیر اینصورت کوشش میکنند تاآنکه سنگ را بداخل مثانه بر گردانده وهمانجا خوردش نمایند، واگراینکارهم ممکن نباشد از راه عجان وپرستات بدرآوردن آن اقدام مینمایند .

---

1 — Uretrotomie externe.

ششم ـ تومورهای پیشابراه (۱).

غده های مجرای پیشاب یا تومورهای سرطانی و بدخیم هستند، و یا تومورهای جید و نیک خیم.

۱ـ تومورهای بدخیم یا سرطانی پیشابراه (۲).

غده های سرطانی پیشابراه خود بدو دسته اولیه و ثانوی تقسیم میشوند. سرطانهای اولیه مجرای پیشاب فوق العاده نادر و سرطانهای ثانوی آن نیز کم دیده میشوند.

سرطانهای ثانوی در نزد مردان نتیجه انتشار سرطان غده وزی یا مثانه و یا غدد کوپراست بداخل مجرا، اما در پیش زنان سرطانهای مثانه و یا شلفینه (۳) هستند که بداخل مجرای پیشاب نیز منتشر میگردند.

خلاصه در تمام موارد مزبور وضعیت کانون اولیه سرطان و نشانی های آن باندازه ای مهم و قابل توجه هستند که سرطان مجرائی را از خاطر محو نموده و محلی برای فکر در این زمینه باقی نمیگذارند.

۲ـ تومورهای نیک خیم پیشابراه (۴).

گرچه اینـدسته از تومور هـای پیشابراه مشتمل بر پولیپها، کیستها، فیبرومها، فیبرومیوم ها، و آنژیومها هستند اما معـذالك آنچه که از نظر بالینی حائز اهمیت و شایسته بررسی و مطالعه بیشتری است پولیپ های مجرائی و یا گوشت های زیادی آن میباشند.

1- Tumeurs de l'uretre 2- Tums. malignes de l'uretre
3- Vulve 4- Tums. benignes de l'uretre

پولیپ های پیشابراه (۱)

۱ـ پولیپ مجرای پیشاب در نزد مردان.

پولیپ مجرای پیشاب در نزد مردان نادر و علت بروز اتفاقیش هم یا پیوند پولیپ‌های مثانه بداخل‌مجرااست، ویاتحریك‌شدن‌مخاط پیشابراه‌بعلت‌اورتریت‌های مزمن.

در شکل اول محل وقوع پولیپ نزدیك بعنق مثـانه و مجرای خلفی است در صورتیکه در شکل دوم حفره زورقی، بن بست بصلـی، و مجرای پرستاتیك خواهد بود.

ساختمان کالبد شناسی این‌دسته از تومورها یا از جنس پاپیوم یا کوندیلوم بوده، ویا پولیپ‌های غده‌ای ومخاطی هستند(۲).

نشانی ها ـ پولیپ‌های مجرای قدامی با بقای ترشح مختصری پس‌ازدرمان اورتریت‌های‌مزمن جلب‌توجه مینمایند، اما پولیپ‌های مجرای خلفی همواره‌نشانی هائی نظیر یك‌پرستاتیت مزمن دارند.

پولیپ‌های‌مجرای پیشاب وحتی گوشتهای زیادی حفره زورقی کمترازسماخ مجرا خارج میشوند بطوریکه درحالت اخیر هم تنها اگر دولبه سماخ مجرا را از یکدیگر جدا نمایند ممکن است برآمدگی قرمزرنگ پولیپ‌را که شباهت‌زیادی بیك زگیل مخاطی دارد مشاهده کنند.

تشخیص پولیپ های مجرا باستثنای گوشتهای زیادی حفره زورقی درنزد مردان با اورتروسکوپی، و درمان تمامی آنها هم پس از اورتروسکوپی یا جرقه الکتریکی، و یا گالوانوکوتر میباشد.

۲ـ پولیپ مجرای پیشاب در نزد زنان.

گوشتهای زیادی مجرا درنزد زنان بیش‌ازمردان وعموماً پس ازسن بلوغ و ازدواج دیده میشوند.

1-Polips de l' uretre 2-Polypes glandulaires et muqueux

علت پیدایش این تومورها عفونتهای سوزاکی یاغیرسوزاکی مجرا، وساختمان تشریحیشان نظیر پولیپ‌های مجرا در نزدمردان است. معذالك باید دانست آن‌دسته بخصوصی از این تومورها که در پیش زنان فراوان ترند کارونکول‌ها (۱) یعنی پولیپ‌هائی‌هستند که بعلت محتوی‌بودن‌مجاری‌خونی‌زیادخواص آنژیوم‌را پیدا کرده و بنام باپیوم های آنژیوماتو (۲) نامیده میشوند.

بالاخره محل وقوع این پولیپ‌ها بیشتر از موارد درسطح تحتانی پیشابراه ونزدیك به‌سماخ بوده وعده آنهاهم ممکن است بین‌یك تا چندعدد تغییر نماید.

نشانی ها ـ گذشته از پولیپ‌هائیکه به آهستگی و بی‌سروصدا برشد خود ادامه‌میدهند، ویا آنهائیکه هنگام‌معاینه بیمار بعلت کسالت‌دیگری کشف وتشخیص داده میشوند سایر پولیپ ها یا بعلت درد و سوزش و یا خارش مجرا موجب مراجعه میگردند.

گواینکه این درد و سوزش ویا خارج مجرا گاه خود بخود وبدون جهت بیماررا ناراحت میسازند اما اغلب اوقات‌هم پس از تماس‌غده‌مزبور با دست‌ولباس، ویا سائیده شدن آن بهنگام مقاربت ظاهر میگردند (درحالت اخیر بنحوی‌بیمار مبتلا آزرده‌خاطر خواهد شد که ازانجام این‌عمل گریزان میباشد).

بالاخره ممکن‌است علت‌مراجعه وشکایت بیمار خونریزی حاصله ازپولیپ، ویا اشکال درادرار کردن‌باشد که اولی دراثر تماس، و دومی دراثردرد ویامسدود نمودن راه پیشاب دامنگیر بیمار میشود (اشکال در جریان پیشاب گاه باندازه‌ای پیشرفت میکند که موجب بروز شاش بند میگردد).

نتیجه معاینه ـ درمعاینه‌بیمار دردهانه سماخ پیشابراه اغلب برآمدگی قرمز رنك درخشان‌ونرمی دیده‌می‌شود که حجم‌آن ازیك گندم تا یك‌آلوبالوی کوچك ممکن است تغییر نماید. این غده کوچك اگر منحصربفردباشد درلبه تحتانی، واگر متعدد باشد دور تادور سماخ و باندازه‌های مختلف دیده خواهدشد. خلاصه آنکه برخی ازاین تومورها پایه‌دار(۳) ومانند گیلاس وبرخی دیگرشان بدون‌پایه بوده،

1- Caroncules 2- Papillomes angiomateux 3- Pediculée

و یا مثل کارنکول‌ها پایه نسبتاً ضخیمی دارند ؛ اما درهرحال تماس دست یا اسباب ویاکوچکترین برخوردی بآنها موجب خونریزی کم یا زیاد شدیدی میگردد.

تشخیص ـ شنیدن شرح‌حال بیمار و پیدا کردن غده‌ای با خواص نامبرده در دهانه سماخ مجرا دردرجه اول فکر را متوجه پولیپ مجرا مینماید اما باوجود این ممکن است این دسته از تومورها را با سقوط مخاط پیشابراه (۱) ، یاسقوط اتساع کیسه‌ای شکل انتهای تحتانی لوله حالب(۲) ، ویا باسرطان پیشابراه اشتباه نمایند .

سقوط مخاط پیشابراه تنها در مراحلی که پیشرفت زیادی کرده باشد ممکن است با پولیپ بزرك و نادر این مجرا اشتباه گردد ، زیرا در مراحل اولیه شکل چنبره‌ای سقوط مخاط ووجود سماخ مجرا در وسط برآمدگی‌آن مانع از اشتباه بوده وهنگام پیشرفت وپایه‌دارشدن آنهم وجود شیاری بن‌بست دراطراف تومور و پیدا کردن سوراخ مجرا دروسط آن‌تشخیص‌را واضح وروشن خواهد کرد.

درسقوط اتساع کیسه‌ای شکل انتهای تحتانی حالب سوراخ نبودن تومور و آزادبودن محیط‌آن تا داخل مثانه راه تشخیص از پولیپ مجرا و سقوط مخاط آن میباشد .

بالاخره راه‌تشخیص سرطان‌مجرا ازپولیپ این‌عضو وجود صلابت وخاصیت انتشار بنسوج اطراف دراولی وعدم‌آنها دردومی است ، بنحویکه درسرطان‌مجرا تمام مخاط سطح‌تحتانی‌مجرا گرفتار وسخت شده ودرتوشه واژینال نیز این‌تغییرات تشخیص داده می‌شوند .

درمان ـ در تومور های دهانه مجرا جرقه الکتریکی و یاگالوانوکوتر مستقیماً پایه پولیپ را خواهند سوزاند ، اما در تومور های داخل مجرا پس از اورتروسکوپی و ازدرون لوله‌آن جرقه الکتریکی و یا گالوانوکوتر بکار برده خواهد شد.

---

1 – Prolapsus de la muqueuse uretrale 2 – Dilatation kystiqus de l.extrémité inferieur de l'uretre

هفتم - بیماریهای دیگر پیشابراه (۱)

از بیماریهای دیگر پیشابراه آماس غدد لیتر (۲) ، آماس غدد کوپر (۳) ، و التهاب مخازن منی (٤) را باید بخاطر داشت که هر سه آنها جزء عوارض سوزاك بوده و در صورت معالجه نشدن موجب ادامه بیماری و عدم موفقیت در درمان خواهند بود .

۱) - آماس غدد لیتر (٥)

اگر آماس موجوده دراین غدد تنها محدود بخود آنها باشد بیماری حاصله را فولیکولیت ارزنی(٦)، و اگر محدود بخود آنها نبوده و بنسوج اطرافشان نیز سرایت کرده باشد آنرا فولیکولیت همراه با پری‌فولیکولیت مینامند ، و همین پری فولیکولیت است که بیماری را بشکل دملی در آورده وحتی تمام خواص یك دمل ادراری را بآن تفویض مینماید .

فولیکولیت‌های ارزنی بدون درد بوده وتنهاهنگام ملامسه مجرا و بخصوص ملامسه آن در روی بنیکه کشف میشوند ، درصورتیکه فولیکولیت‌های چرکین دردناك ، قرمز ، متورم ، و گاه کاملا شبیه بیك دمل ادراری میباشند.

درمان فولیکولیت‌های ارزنی مالش پیشابراه در روی بنیکه ، و درمان فولیکولیت‌های دملی برحسب جهت پیشرفتشان باز کردن آنها از راه مجرا و یا پوست آلت میباشد .

۲) - آماس غدد کوپر (۷).

آماس این غدد که بنام آماس غدد بصلی پیشابراهی (۸) نیز نامیده میشود عموماً یکطرفه و بیشتر اوقات درطرف راست جلب توجه مینماید .

---

1 - Autres maladies de l'uretre 2 - Folliculite 3 - Cowperite 4 - Vesiculite 5 - Folliculite 6 - Fol. miliaire 7 - Cowperite 8 - Bulbo-uretrale

آماس غدد مزبور ممکن است بشکل حاد یا مزمن درآمده ، وعوامل مولد آن میکرب سوزاك ویا میکرب‌های چرکزای دیگر باشند .

کوپریت‌حاد با درد و ناراحتی ناحیه عجان و گاهی با لرز و تب شروع میشود. در دوره برقراری و معاینه بیمارهم برآمدگی زیتونی شکلی در ناحیه عجان ، در عقب ریشه بیضه ، و در یکطرف خط وسط دیده میشود که گرم وقرمز بوده، ودر ملامسه دوانگشتی (یکی ازمقعد ویکی در ناحیه عجان) دردناك و کاملا محسوس است . بالاخره بتدریج شدت برآمدگی زیادتر ، قرمزی آن شدیدتر ، و دردش ناراحت کننده‌تر شده و دمل حاصله از آن یا بجلد و یا بمجرای پیشاب سرباز می کند .

اما کوپریت‌مزمن که علائم‌وآثارش‌چندان واضح نمیباشند تشخیصش بستگی کامل‌بتوجه پزشک معالج دارد ، زیرا دراینصورت یك‌توشه دوانگشتی برآمدگی سخت وپسته مانندش را درعقب ریشه بیضه و دریکطرف خط وسط واضح‌نموده، وترشحات چرکین محتوی درآن‌را هم درفشار با انگشت‌بخارج خواهدریخت .

تشخیص کوپریت حاد با دمل‌های ادراری و دمل‌های لنفاوی مقعدی‌باید داده شود . (رجوع شود به دمل ادراری) .

درمان کوپریت‌ها هنگامیکه بشکل حاد و دمل باشند باز کردن با چاقو (مثل‌دمل ادراری)، وهنگامیکه بشکل مزمن باشندمالش‌دادنشان درتوشه‌رکتال ودرصورت عدم موفقیت برداشتن کامل آنها خواهد بود .

۴) ـ آماس مخازن منی (۱)

وزیکولیت ها ممکن است یکطرفه یا دوطرفه ، حاد یا مزمن بوده ، و میکربهای مولدشان گونوکوك یا میکربهای چرکزای دیگر بخصوص‌کلی‌باسیل یا استافیلوکوك باشند . همچنین آماس موجوده دراین مخازن ممکن است‌محدود بخود آن‌ها بوده و یا بنسوج‌سلولی اطرافشان‌نیزسرایت نموده وبا پری‌پرستاتیت اشتباه گردد .

---

1 - Vesiculite ou spermatocystite

نشانی ها - نشانی‌هـای عملی وزیکولیت‌های حاد بعینه مثل آماس حاد غده وزی وعبارتند ازلرز وتب احتمالی ، ناراحتی ودرد ناحیه عجان و مقعد بانضمام تکـرر ادرار (دراینجا شاش‌بند وجود ندارد) ؛ اما باوجود این بـازهم یك توشه ر کتال دقیق میتواند این‌دوعارضه‌مشابه را از یکدیگر تشخیص دهد زیرا دراینجا مخازن‌منی متورم ، دردناك ، بزرگتر ازاندازه طبیعی‌ونامرتب هستند درصورتیکه غده پرستات سالم وهیچگونه عیب و نقصی ندارد .

نشانی‌های آماس مزمن - بیماران مبتلا به وزیکولیت مزمن گاهی ازچرك موجوده درپیشابراه و خشك نشدن‌آن ، گاهی از درد ناحیه عجان ومقعد ، گاهی از خستگی فوق‌العاده وضعف عصبی، وبالاخره گاهی‌هم از خون دیدن درمنی(۱) شکایت‌دارند امادرهرحال‌درتوشه رکتال‌آنها کیسه‌های نامبرده بزرگتر از اندازه طبیعی ونامرتب محسوس و درمالششان هم ترشح غلیظی که شکل مخازن منی را بخود گرفته دفع میگردد .

گذشته از این علائم نتیجه اورترسکوپی مجرای خلفی نیز در هر دوشکل‌بیماری (حاد یا مزمن) تقریباً یکسان و عبارتست از کشف قرمزی و تورم سوراخهای مجاری انزالی .

درمان - درمان وزیکولیت‌های حاد مانندآماس حاد غده وزی وعبارتست از قطع شستشوی‌مجرا ، استراحت ، تنقیه‌های آب گرم‌ومسکن، وتجویزداروهای ضد عفونی کننده عمومی بخصوص پنی‌سیلین (اگرآماس موجوده تبدیل‌بدمل‌شده باشد بایدآنرا شکافت) .

در وزیکولیت‌های مزمن نخست بوسیله ماساژ و شستشوی مجرای پیشاب ، و در صورت عدم موفقیت با شستشوی مخازن از راه مجاری انزالی (بوسیله اورتروسکوپی) ، و یا بعقیده بلفلد(۲) باضد عفونی کردن مخازن از راه مجاری برنده (۳) اقدام بدرمان مینمایند .

طرزعمل درطریقه بلفلد - در ناحیه مغبنی مجاری برنده را پیدا کرده و با شکاف طولی کوچکی‌فضای داخلی آنهارا آزاد میگذارند . سپس باسوزن نوك

---

1 - Hémospermie 2 - Belfield 3 - Canaux deferant .

نرمی مقدار ده سانتی‌متر مکعب از محلول پنج‌درصد کلار دل را در جهت مخازن منی درآنها تزریق می کنند (این روش تزریق برای عکس‌برداری‌از مخازن منی نیز مورداستعمال دارد) .

بالاخره اگر بخواهند مجدداً هم این عمل را تکرار نمایند مجاری برنده را بپوست ثابت‌نموده، ویك رشته کرن‌نیز درسوراخ‌آنها میگذارند تاآنکه در جلسه بعدی بتوانند عمل جلسه قبلی را تجدید نمایند .

درهرحال اگر با طرق درمانی مزبور بازهم نتیجه قابل توجهی عایدنگردد بایستی بعمل جراحی متوسل شد.

هشتم - ناسورهای پیشابراه (۱)

ناسورهای مجرای پیشاب ممکن است از نوع ناسورهای جلدی پیشابراهی (۲)، مقعدی پیشابراهی (۳)، و یا مهبلی پیشابراهی (٤) باشند.

ناسورهای دسته اول یعنی ناسورهای پیشابراهی جلدی که در اینجا مورد بررسی و مطالعه قرار میگیرند زیادتر از سایرین، ناسورهای مقعدی پیشابراهی فوق‌العاده نادر، و ناسورهای مهبلی هم که درمبحث ناسورهای مثانی مهبلی تذکر داده خواهند شد مخصوص بانوان میباشند.

ناسورهای پیشابراهی جلدی (٥)

علت و سبب - بطورکلی ناسورهای جلدی مجرا را بسه‌دسته مختلف ضربه‌ای، التهابی (سوزاك، سیفلیس، و یا سل)، وسرطانی تقسیم میکنند.

طبق مشاهدات درمانگاهی بیشتر ناسورهای سرآلت در تعقیب یك شانکر نرم یا گم‌های سیفلیسی، ناسورهای بخش قضیبی بعلت سرباز کردن غدد چرکین جدارمجرا از داخل وخارج، وناسورهای بخش بیضوی وعجانی (٦) دراثر سرباز کردن دملهای ادراری ویا فلگمون‌های منتشر محیط مجرا پیشآمد میکنند.

آسیب‌شناسی - بهر اندازه که ناسورهای بخش قضیبی و سرآلت کوتاه، منظم، وبدون پیچ وخم هستند ناسورهای بخش بیضه‌ای و عجانی پیشابراه دارای مسیری کم یا زیاد طولانی، نامرتب، پیچ واپیچ، نامنظم میباشند.

سوراخ خارجی فیستول‌های اخیر گاهی درناحیه شرمگاه و مغبنی، گاهی دراطراف سوراخ مقعد، وگاهی درناحیه لمبرها دیده میشود. بعلاوه درمسیرهر یك از آنها هم ممکن است فضاهای کم یازیاد گشادی موجود باشد که محتوی مایعی

---

1 - Fistules urétrales 2 - Fist.urétro-cutanée 3 - Urétro - réctale 4 - Urétro-vaginale 5 - Fist.urétro-cutanée 6 - Scroto-Périnéale

چرکین ویا چرك خالص بوده ، ومانع بسته‌شدن وبهبودی ناسور مربوطه گردند.

نشانی‌ها - مهمترین نشانی ناسور های جلدی پیشابراه خروج ادرار است از سوراخ جلدی ناسور در موقع ادرار کردن که خود موجب آلودگی لباس و پیدایش بوی تعفن و ناراحتی بیمار میگردد .

گذشته‌ازاین اغلب مبتلایان باین‌عارضه مجرایشان‌تنك، وعلاوه بردارابودن نشانی‌های دیگر ضیق مجرا هنگام ادرار کردن نیز مجبور بزورزدن میباشند .

تشخیص - ناسور های جلدی مجرا تنها با ناسور های جلدی مثانه قابل اشتباهند که آنهم باانجام دوآزمایش زیر غیرممکن خواهد بود.

۱- مقداری ازمحلول آبی بلودومیتلن‌را درمثانه‌بیمار تزریق نموده وسوراخ خارجی‌ناسوررا نیزپانسمانی بیرنك مینمایند. دراینصورت‌اگررنك‌پانسمان درخارج ازموقع‌ادرار کردن آبی‌شودآن‌ناسور ناسور مثانه‌ای خواهدبودزیرادرناسورهای پیشابراهی رنك پانسمان موجوده تنها بهنگام ادرار کردن‌آبی خواهد شد .

۲- مقداری ازمحلول یدوردوپتاسیوم‌را درمثانه‌بیمارتزریق نموده وسوراخ ناسوررا نیز با محلول سوز استات دوپلمب آلوده مینماید (طریقه‌لوفور) (۱). در ناسورهای پیشابراه تا موقعیکه بیمار ادراری ننماید رنك سوز استات‌دوپلمب تغییر نخواهد کرد اما همینکه شروع بادرار کردن نمود چون مقداری از پیشابش وارد ناسور جلدی شده وازسوراخ بیرونی‌آن خارج میگرددرنك‌سوز استات‌دوپلمب‌را زرد روشن مینماید (از ترکیب سوز استات دوپلمب با یدور دوپتاسیوم محتوی درپیشاب تشکیل یدوردوپلمب می‌شود که رنگش زرد است).

درمان - روش‌درمان ناسورهائی ازپیشابراه که پس‌ازاتساع‌کامل این‌عضو وزه کشی‌کامل‌مثانه باقی میمانند درناحیه‌قضیبی ویاعجانی کمی باهم اختلاف‌دارند.

ناسورهای بخش قضیبی گاهی پس از سوزاندن درونشان با نیترات‌دارژان ویا سوزاندن‌مدخل جلدیشان با جرقه الکتریکی (گالوانو کوتر) بهبودی‌مییابند، اما گاهی‌هم برای‌رسیدن بمقصود باید لبه‌های‌مدخل ناسوررا زخمی نموده وآنها را

1– Procedée de le Fort

بیکدیگر دوخت ، یامثل یك فیستول و زیکوواژینال وطبق روش براکهی (۱) سوراخ جلدی آنهارا مانند لیفه کیسه بخیه‌متوالی‌زد (رجوع شود بناسورهای‌مثانی مهبلی)، و یا بالاخره طبق طریقه گویون آنهارا پیوند جلدی کرد (۲) .

اما در ناسورهای بخش‌عجانی و مجرای‌خلفی تنهاراه‌درمان باز کردن‌موضع ناسورها ، برداشتن نسوج تصلبی ، و ترمیم مجرای پیشاب بنحوی است که مفیـد فایده واقع گردد.

آخرین اطلاعات درباره ناسورهای پیشابراه

درمان ـ گرچه برای درمان ناسور های مجرای پیشاب اتساع ساده مجرا، یا سوزاندن مسیر ناسور ، و یا برداشتن آنها کافی خواهد بود امـا با وجود این گاهی‌هم که وجود ناسور بعلت از بین‌رفتن مقداری ازطول مجرای پیشاب برقرار بماند ناسور مزبور همیشگی و غیرقابل درمان بنظر می‌آید.

دراینگونه موارد تنها راه درمان ترمیم نمودن دو سر مجرای از بین رفته و دوختن آنها بیکدیگر است چنانچه مشاهدات زیر صحت این ادعا وامکان ترمیم مجرا راحتی درمواردی‌هم که مقدار زیادی از آن از بین رفته باشد محرز و مسلم می نمایند .

درسال ۱۹۳۵ ماریون‌و گوورنو(۳) مجرائی‌را که درحدود ٥ سانتی‌مترش از بین رفته بوده درروی سوند متمکن ترمیم نمودند.

درآوریل ۱۹٤٦ لوسین‌لژه(٤) و ژاك‌بورو(٥) این ابسرواسیون را منتشر کردند: بجای مجرای پیشابی که در اثر ضربه و بروز هماتوم سه سانتیمتر طولش از بین رفته بود (از نوك پرستات بپائین) آپاندیس بیماریرا که قبلا برداشته بودیم گذارده وتنها سر پائین آنرا بمجرا بخیه نمودیم. مدت ده روزهم یك‌سوند متمکن درمجرا گذارده و پس از این مدت که آنرا درآوردیم مجرای بیمار کاملا طبیعی بنظر میرسید.

1- Procedée de Braquehaye 2- Autoplastie
3 – Marion et Gouverneur 4 – Lucien Leger
5 – Jacques Boreau

بالاخره گوتیه(۱) درفوریه ۱۹٤٦ ابسرواسیونی را منتشر نمود که طبق آن مجرای پیشابی‌را که دراثر ارتشاح ادراری دوازده سانتیمتر ازقسمت عجانیش از بین رفته بود پس ازیك سیستوستومی و بخیه کردن انساج نرم باقی مانده درروی یك‌سوند (درسه‌طبقه) ترمیم نموده ، پس ازدوماه هم میل مثانه ومجرا را برداشته، ونه ماه بعد ازآن‌هم مجرارا سلامت وبدون تنگی دیده‌اند.

1 – R.Gauthier

نهم - ناهنجاریهای پیشابراه (۱)

بین ناهنجاریهای مختلف پیشابراه تنگی‌های مادرزادی آن، ووقوع سماخش درموضعی غیراز نوك سرآلت بیشتر از سایرین جلب توجه مینمایند.

تنگی‌های مادرزادی مجرای پیشاب درمبحث تنگی‌های پیشابراه گفته شده اما وقوع سماخ مجرا در سطح زیری آلت (۲) اینجا مورد مطالعه، وواقع‌شدنش‌در سطح فوقانی آلت و بخصوص نوع کامل آن در اکستروفی وزیکال مورد بررسی قرار میگیرد.

وقوع سماخ مجرا درسطح تحتانی آلت(۲).

هیپوسپادیاس شکلی از ناهنجاریهای پیشابراه است که فراوان‌تر از سایرین بوده ودرآن سماخ مجرا بجای واقع شدن در نوك‌آلت در نقطه غیرمعینی از سطح زیری آن سرباز مینماید.

علت و سبب - برای درك‌علت پیدایش این ناهنجاری لازم است که‌سیر جنینی مجرای پیشاب وطرز تشکیل آنرا بخاطرآورد.

مجرای خلفی - این قسمت از پیشابراه که شامل مجرای پرستاتیك و غشائی است از جیب تناسلی ادراری (۳) یعنی همان عضوی که مثانه را میسازد تشکیل میگردد.

مجرای‌قدامی - این بخش از پیشابراه یعنی تمامی مجرای اسفنجی(مجرای عجانی بصلی، بیضه‌ای و قضیبی) که درجلوی عاصره غشائی واقع است ازجذب و تحلیل تیغه پیشابراهی(٤) که خود استطاله ایست از بوشون‌کلوآکال(٥) ودر زیر تکمه تناسلی(٦) پیشرفتگی دارد تشکیل میشود.

---

1 – Malformations de l'uretre 2 – Hypospadias
3 - Sinus uro-génitale 4 - Lame uretrale
5 - Bouchon cloacal 6 – Tubercule génitale

تکمه تناسلی آلت را تشکیل میدهد، وجذب تیغه پیشابراهی ناودانی را در زیرآن بوجود میآورد که رشد و نموچین‌های تناسلی(۱) که خود درطرفین تکمه تناسلی قرار دارند آنرا تبدیل بمجرا مینماید . درقسمت سرآلت هم که چین‌های تناسلی‌وجود ندارند قسمت جلدی‌مولد حلقه (پوست ختنه گاه) این پوشش‌واستتار ناودان را بعهده میگیرد . پس با اینوصف بخوبی معلوم میشود که فقدان قسمتی‌از مجرای پیشاب و بالنتیجه وقوع سماخ ایـن عضو درسطح زیری آلت بعلت فقدان قسمتی از تیغه پیشابراهی ، یا عدم تحلیل‌آن در یك قسمت ازمجرا، و یا عدم استتار نـاودان حاصـله از تحلیل آن بتـوسط چین های تنـاسلی و یـا پوست ختنه گـاه میبـاشد .

آسیب‌شناسی - هیپوسپادیاس را از نظرمحل وقوع سماخ مجرا بچهاردسته مختلف تقسیم میکنند.

۱) - هیپو سپادیاس سرآلت (۲) - در این شکل از ناهنجاری سماخ مجرا در زیرگلاند واقع وخود گلاند هم از بالا بپائین پهن‌و کوچکتر از اندازه طبیعی است . علت پیدایش‌آنهم مستور نشدن ناودان حاصله ازجذب‌تیغه پیشابراهی‌بوسیله پوست ختنه گاه میباشد .

۲ و ۳) - هیپـو سپـادیـاس قضیبی و قضیبی بیضه‌ای (۳) - در اینحالت از بیماری سماخ مجرا درنقطه غیرمعینی‌ازفاصله بین سرآلت وریشه پوست بیضه دیده میشود . خودآلت‌هم ازاندازه طبیعی کوچکتروازبالا بپائین پهن شده وبوسیله‌یك بند لیفی‌موجود بین‌گلاند واطراف سماخ مجرا بپائین‌خمیده گی دارد. علت پیدایش آنهم پوشیده نشدن ناودان حاصله ازجذب تیغه پیشابراهی بوسیله چین‌های‌تناسلی درجلوی سماخ مجراست.

٤) - هیپوسپادیـاس عجـانی (٤) - در اینمورد اصولا تیغه پیشابراهی وجودی نداشته که از جذب وتحلیلش مجرای قدامی تشکیل گردد ، یعنی‌فقطهمان

---

1 – Réplies génitaux 2 – Hypospadias balanique
3 – Hypos.penien et péno - scrotale 4 – Hypos .perinéale

جیب تناسلی ادراری مجرای خلفی را تشکیل داده و بالنتیجه سماخ‌مجرا هم‌بشکل قیف کوچك مخاطی وصورتی رنگی در ناحیه عجان باز شده است . این شکل از هیپوسپادیاس همان شکلی است که دوگس(۱) آنرا بنام هیپوسپادیاس مهبلی (۲) نامیده است زیرا گذشته ازاین ناهنجاری آلت هم کاملا صغر یافته ، پوست بیضه‌ها شبیه بلبهای بزرگ فـرج شده ، و اختلالات جنسی مختلفی هم در نزد مبتلایـان مشاهده میگردد .

ناراحتی‌های بیمار - بیماران‌مبتلا به‌هیپوسپادیاس‌سرآلت‌هیچگونه‌شکایتی ندارند زیرا نه درهنگام پیشاب کردن و نه درانجام عمل مقاربت مزاحمتی برایشان فراهم میگردد . معذالك باید دانست که چنین موقعیتی ازسماخ‌مجرا ابتلاءآنـان‌را به آماس های مجرا سهل‌تر نموده ، و تنگی سوراخ آنهم از سرعت بهبودیشـان خواهدکاست .

بیماران مبتلا به هیپوسپادیاس قضیبی و بیضه‌ای نه تنها هنگام پیدایش نعوظ ناراحتند ، بلکه انجام عمل مقاربت هم بعلت خمیدگی آلت برایشان مشکل و گاه غیر ممکن میباشد . بعلاوه موقع پیشاب کردن نیز معذب بوده و اگر نشسته ادرار نکنند حتماً خود و لباسشان را آلوده خواهندکرد .

بالاخره بیماران مبتلا به هیپوسپادیاس عجانی زنـدگانی تناسلی نداشته ، و هنگام پیشاب کردن هم باید بوضعیت لازم برای اجابت مزاج بنشینند.

درمان ــ در هیپوسپادیـاس سرآلت اقدام بدرمـان واجب نیست ، امـا در هیپوسپادیاس‌مجرای اسفنجی انجام عمل جراحی لازم و بنحوی باید انجام‌گردد که هم عمل مقاربت انجام پـذیر وهم دفع پیشاب درحالت ایستاده میسر باشد (این‌عمل جراحی شامل برطرف کردن خمیدگی آلت وساختن مجرائی جدید است).

آخرین اطلاعـات درباره سوء تشکیلات پیشابراه

هیپوسپادیاس (۳) ــ درشماره سوم وچهارم مجله جراحی سال ۱۹٤٦روش

---

1 – Dugès 2 – Hypos.vulviforme 3 – Hypospadias

درمان هیپوسپادیاس را بعینه مثل روش ماتیو(۱) پیشنهاد نموده و تنها نکته‌ای را که بدان افزوده است آنستکه دراین‌قبیل‌موارد قبل از ترمیم مجرای پیشاب تصحیح خمیدگی و یا پیچ خوردگی آلت را لازم میشمارد. مؤلف مزبور معتقد است که این‌عمل هرچه زودتر انجام پذیرد بهتر خواهد بود بنحوی که خود او خمیدگیهای آلت را درسه چهارسالگی تصحیح نموده، وعمل‌اصلی را هنگامی انجام میدهد که قطرآلت وسرآن اندازه قابل توجهی پیدا کرده باشند.

1 — Mathieu.

بخش چهارم

کارهای عملی روی پیشابراه(۱)

منظور از مطالعه کارهای عملی روی پیشابراه بررسی اعمال جراحی و تخصصی آن نیست بلکه مقصود بیان روش آزمایش ترشحات مجرای پیشاب، تزریق و یا تقطیر داخل مجرا، مالش دادن مجرا، گشاد کردن سماخ مجرا، و بالاخره میل زدنهای آنست که بعضی اوقات مورد احتیاج اطباء غیرمتخصص نیز واقع میشوند. معذالك برای مزید اطلاع مختصری هم درباره اورتروتومی انترن و اورتروسکوپی نیز تذکر داده خواهد شد.

اول - آزمایش ریزبینی ترشحات مجرای ادرار و فیلامانهای ادراری

برای آزمایش ریزبینی ترشحات مجرا و یا فیلامانهای ادراری باید روش تهیه لام، طرز رنگ کردن آن، و خواص ذره بینی عناصر مشکله هریك از آنها را بخوبی دانست.

الف - طرز تهیه لام - برای تهیه لام نخست سرآلت و سماخ مجرا را با پنبه‌ای خیس شده در آب و صابون پاك کرده، و بعداز خشك شدن آن با یك مفتول طلای سفید و یا میله فلزی عقیم شده دیگر مقداری از ترشح موجوده در حفره زورقی و خود مجرا را برداشته و روی دو لام شیشه‌ای می گسترانند. سپس به بیمار دستور میدهند در گیلاس تمیزی که قبلا شسته شده است ادرار کند تا آنکه با همان مفتول اولیه که بهتراست پس‌از برداشتن ترشح نیز ضد عفونی شده باشد یکی دوتا از رشته های ادراری موجوده را نیز در روی دو لام دیگر پهن نمایند. بالاخره لام های حاصله را در هوا خشك و با عبور دادن پشت آنها از روی شعله چراغ

1— Operations sur l' urètre

الکل ثابت نموده و برای رنگ کردن حاضرشان مینمایند .

تبصره ـ اگر رشته‌های ادراری باندازه‌ای کوچك باشند که بامیله‌فلزی گرفته نشوند پیشاب‌را سانتریفوژه نموده و یك قطره ازرسوب آنراروی‌لام میگسترانند .

ب ـ طرز رنگ کردن لام ـ اگر منظور از آزمایش تجسس میکرب های چرك زای معمولی باشد کافی‌است که دوعدد ازلام‌های تهیه شده را (یکی ازترشح و دیگری از فیلامان) بامحلول بلودومتیلن ساده یا محلول‌آبی لوفلر(۱)

محلول الکلی اشباع شده بلودومتیلن	۵۰ سانتیمتر مکعب
پتاس انیدر	یك سانتی گرم
آب مقطر	۱۰۰ سانتی‌متر مکعب

ویا محلول آبی کان (۲)

بلودومتیلن	۱/۵۰ گرم
الکل مطلق	ده «
محلول فنیکه ۵ درصد	۱۰۰ «

رنگ کرده و پس از دو دقیقه آنها را شسته وخشك نمایند . اما اگر منظور از آزمایش‌تجسس میکرب‌سوزاك باشد بهترآنست که دولام دیگررا با محلول گرم رنك نمایند زیرا ایندسته از میکرب ها میل زیادی بگرفتن ترکیبات یدی و رنك های‌پاراروزآنیلین (۳) و بخصوص بنفش ژانسیان (٤) دارند .

برای اینکار یعنی برای رنگ کردن لام بطریقه گرم روی لامهای تهیه و ثابت شده نخست مقداری از رنگ بنفش ژانسیان ریخته و پس‌از یك‌دقیقه آنرا میشویند ، بعد مقداری ازمحلول ید ویدوره روی‌آنها ریخته و پس‌ازدودقیقه‌آنرا نیزمیشویند ، سپس‌برای دفعه سوم‌آنقدرازمحلول الکلی‌آستن روی لامهامیریزند تاآنکه اثری ازبنفش ژانسیان باقی نماند ، بالاخره پس‌از چند دقیقه‌آنرا نیزشسته ولام را با محلول یك سی‌ام زل (۵) ویا فوشین (٦) .

1– Loeffler 2– Kuhn 3– Pararosaniline
4–Violet de gentian 5– Ziehl 6 – Fuschine

فوشین باز	۱ گرم
الکل مطلق	۱۰ سانتی‌متر مکعب
اسیدفنیک برفی شکل	« « «
آب مقطر	مقدار کافی برای ۱۰۰ سانتی‌متر مکعب

رنگ میکنند.

با طریقه رنگ کردن مزبور زمینه لام پشت گلی و میکربهای موجوده در آن بر حسب آنکه رنگ گرم را بخود بگیرند یا نگیرند قرمز و یا بنفش خواهد شد (در لامیکه با طریقه گرم رنگ شده باشد گونوکوك بنفش رنگ است زیرا رنگ گرم را بخود نمیگیرد).

ج - **خواص ذره‌بینی عناصر مشکله ترشحات و یا فیلامانها** - پس از رنگ کردن لام و خشك شدن آن بوسیله ذره بین و با ابژ کتیف آایمرسیون (۱) عناصر مشکله موادرنك شده را مطابق آنچه که در آسیب شناسی سوزاك تذکرداده شده است مشاهده مینمایند.

دوم - تزریق داخل مجرا (۲)

اسباب مستعمله برای این کار همان سرنگ مجرا است که انواع مختلفش در شرح اسبابها تذکر داده شده، اما درصورت فقدان آنها ازیك سرنگ تزریقی ۲۰ یا ۱۰ سانتیمتر مکعبی شیشه‌ای و معمولی نیز میتوان استفاده نمود.

روش عمل - نخست سر آلت، شیار خلف حشفه، و سماخ مجرا را ضدعفونی کرده، و مجرای قدامی را نیز بوسیله چند سرنگ ازمایع ضد عفونی کننده میشویند (این شستشو با مجرای باز (۳) انجام میشود یعنی نوك کانول را طوری بسماخ مجرا نزدیك میکنند که مانع از برگشت محلول شستشو بخارج نگردد). سپس سرنگ انتخابی را از محلول تزریقی پر کرده و مقدار پنج تا شش سانتیمتر مکعب ازآنرا بملایمت و بنحوی در مجرا تزرتق مینمایند که ازسماخ مجرا بخارج نریزد (نوك کانول را کاملا بسماخ مجرا میچسبانند). بالاخره پس از خاتمه تزریق ودر

---

1 — Objectif á immersion

2 – Injections urèthrales 3 - Lavage à canal ourevt

حین برداشتن سرنگ هم سر آلت را بین انگشت شست و سبابه دست چپ فشرده و برحسب آنکه چه مدتی بخواهند مایع تزریقی در مجرا باقی بماند دیر یازود آنرا رها میکنند.

در هرحال مایع تزریقی هرچه که باشد رعایت این نکته لازم خواهد بود که هردقیقه یکبار فشار وارده بسر آلت را بنحوی کم کنند که یکی دوقطره ازآن از سماخ مجرا خارج شود، و درضمن هم سرتاسر مجرای پیشاب راکمی مالش دهندتا داروی ضدعفونی کننده تمام چین و شکنج‌های آنرا آلوده سازد.

سوم - تقطیر داخل پیشابراه (۱)

اسبابیکه برای انجام این‌عمل بکار برده‌میشود یك میل‌قطره چکان(۲) مشابه بامیل مفتش ویك‌سرنگ قطره‌چکان یاسرنك معمولی است که نوك‌آن بخوبی بتواند درسوراخ انتهائی میل ثابت گردد.

روش عمل - پس از ضدعفونی کردن موضع عمل ودستها نوك مخروطی میل قطره چکان راکه بروغن آلـوده شده است بملایمت وارد مجرا کرده و تـا آنجائی که میخواهند داخل‌میکنند. سپس نوك‌سرنگی‌راکه محتوی مایع‌تقطیری است بدهانه میل ثابت کرده و با چرخاندن پیستون سرنگ قطره‌چکان و یا فشار مختصر پیستون سرنگ معمولی هرچند قطره‌ای که بخواهند درآنموضع میچکانند. درصورت لزوم هم محل میل را تغییر داده ومجدداً عمل تقطیر را تکرار مینمایند.

چهارم - شستشوی پیشابراه (۳)

اسبابهای لازم برای اینکار یك ظرف مـایع (٤)، یك کانول ژانه یا کانول کائوچوکی معمولی، یك لوله لاستیکی یك‌متر و نیمی که ظرف مایع را بانتهای کانول وصل میکنند، وبالاخره مایع ضدعفونی کننده میباشند.

---

1 - Instillations urèthrales 2 — Instillateur de Guyon. 3 - Lavage de l' urètre 4 — Bock

فوشین باز	۱ گرم
الکل مطلق	۱۰ سانتی‌متر مکعب
اسیدفنیك برفی شکل	« « «
آب مقطر	مقدار کافی برای ۱۰۰ سانتی‌متر مکعب

رنگ میکنند.

با طریقه رنگ کردن مزبور زمینه لام پشت گلی و میکربهای موجوده در آن برحسب آنکه رنك گرم را بخود بگیرند یا نگیرند قرمز و یا بنفش خواهد شد (درلامیکه با طریقه گرم رنك شده باشد گونوکوك بنفش رنك است زیرا رنك گرم را بخود نمیگیرد).

ج - **خواص ذره بینی عناصر مشکله ترشحات و یا فیلامانها** - پس از رنك - کردن لام و خشك شدن آن بوسیله ذره بین و با ابژ کتیف آایمرسیون (۱) عناصر مشکله موادرنك شده را مطابق آنچه که در آسیب شناسی سوزاك تذکرداده شده است مشاهده مینمایند.

دوم - تزریق داخل مجرا (۲)

اسباب مستعمله برای این کار همان سرنگ مجرا است که انواع مختلفش در شرح اسبابها تذکر داده شده، اما درصورت فقدان آنها از یك سرنگ تزریقی ۲۰ یا ۱۰ سانتیمتر مکعبی شیشه‌ای و معمولی نیز میتوان استفاده نمود.

روش عمل - نخست سرآلت، شیار خلف حشفه، و سماخ مجرا را ضدعفونی کرده، و مجرای قدامی را نیز بوسیله چند سرنگ از مایع ضدعفونی کننده میشویند (این شستشو با مجرای باز (۳) انجام میشود یعنی نوك کانول را طوری بسماخ مجرا نزدیك میکنند که مانع از برگشت محلول شستشو بخارج نگردد). سپس سرنگ انتخابی را از محلول تزریقی پر کرده و مقدار پنج تا شش سانتیمتر مکعب از آنرا بملایمت و بنحوی در مجرا تزرتق مینمایند که ازسماخ مجرا بخارج نریزد (نوك کانول را کاملا بسماخ مجرا میچسبانند). بالاخره پس از خاتمه تزریق ودر

1 – Objectif á immersion
2 – Injections urèthrales 3 - Lavage à canal ourevt

حین برداشتن سرنگ هم سر آلت را بین انگشت شست و سبابه دست چپ فشرده و برحسب آنکه چه مدتی بخواهند مایع تزریقی در مجرا باقی بماند دیر یازود آنرا رها میکنند .

در هرحال مایع تزریقی هرچه که باشد رعایت این نکته لازم خواهد بود که هر دقیقه یکبار فشار وارده بسر آلت را بنحوی کم کنند که یکی دو قطره از آن از سماخ مجرا خارج شود، و درضمن هم سرتاسر مجرای پیشاب را کمی مالش دهند تا داروی ضد عفونی کننده تمام چین و شکنج‌های آنرا آلوده سازد .

سوم ـ تقطیر داخل پیشابراه (۱)

اسبابیکه برای انجام این عمل بکار برده میشود یك میل قطره چکان(۲) مشابه بامیل مفتش و یك سرنگ قطره چکان یاسرنك معمولی است که نوك آن بخوبی بتواند درسوراخ انتهائی میل ثابت گردد .

روش عمل ـ پس از ضد عفونی کردن موضع عمل ودستها نوك مخروطی میل قطره چکان را که بروغن آلـوده شده است بملایمت وارد مجرا کرده و تـا آنجائی که میخواهند داخل میکنند . سپس نوك سرنگی را که محتوی مایع تقطیری است بدهانه میل ثابت کرده و با چرخاندن پیستون سرنگ قطره چکان و یا فشار مختصر پیستون سرنگ معمولی هرچند قطره‌ای که بخواهند درآنموضع میچکانند. درصورت لزوم هم محل میل را تغییر داده ومجدداً عمل تقطیر را تکرار مینمایند .

چهارم ـ شستشوی پیشابراه (۳)

اسبابهای لازم برای اینکار یك ظرف مایع (۴)، یك کانول ژانه یا کانول کائوچوکی معمولی، یك لوله لاستیکی یك متر و نیمی که ظرف مایع را بانتهای کانول وصل میکند، وبالاخره مایع ضدعفونی کننده میباشند .

---

1 – Instillations urèthrales 2 — Instillateur de G... 3 – Lavage de l' urètre 4 — Bock

شستشوی مجرای قدامی یا شستشوی کوچك (۱) .

روش عمل - برای انجام این عمل ظرف مایع یعنی بوك را در ارتفاع یك متری از سطح تخت شستشو قرار داده (فاصله ته ظرف ازسطح تخت) و به بیمار دستور میدهند که پس ازخالی کردن مثانه روی تخت ، رو بهظرف شستشو ، و به پشت دراز بکشد . در این موقع شخص عامل که بنا برعادت خود در طرف راست یا چپ بیمـار ، در محازات لگن خاصره ، و روبه تخت ایستاده لوله لاستیکی را بلافاصله دربالای کانول (شکل۱۹) بین انگشت شست وسبابهدست راست گرفته، شیر آنرا باز کرده ، و آلت را نیزبین انگشت سوم و چهـارم دست چپ نگاه میدارد (کارکنان با دست راست) . بعد با کم کردن فشار انگشتان دست راست برروی لوله مقداری ازمحلول شستشو را برسر آلت ریخته وبا انگشتان اول و دوم دست چپ هم سماخ مجرا را بنحوی باز میکنند که آب شستشو درآن نیز داخل گردد . همینطور پس از انجام این نظافت مختصر نوك کانول را بسماخ مجرا چسبانده ، و آنقدراز مایع شستشو بدرون‌مجرا راه‌میدهد تاآنرا کاملا پر کند (پس‌ازمختصری تمرین پرشدن مجرا که هشت تا ۱۰ سانتی‌متر مکعب گنجایش دارد معلوم و کافی بودن تزریق هم بوسیله انگشتان دست چپ که آلت را گرفته‌اند محسوس خواهد بود) . بالاخره پس ازپرشدن پیشابراه نوك‌کانول را از مجرا دور کرده و سماخ آنراآزاد میگذارد تاآنکه پس از بیرون ریختن مایع تزریقی مجدداً عمل قبلی‌را تکرار نموده، وآنقدرآنرا ادامه دهد تا تمامی محلول لازم برای‌شستشوی مجرای قدامی (نیم‌لیتر) بکار برده شود .

شستشوی‌مجرای خلفی یاشستشوی بزرك(۲) .

عموماً تا هنگامیکه مجرای قدامی بالتهاب سوزاکی یا غیر سوزاکی مبتلا است شستشوی کوچك باید داد ، اما پس از ابتلای مجرای‌خلفی شستشوی‌بزرگ یا شستشوی‌مجرا و مثانه مورد استعمال‌پیدا میکند. همچنین درمواقعی‌هم که‌عاصره

1- Petite lavage 2 — Grande lavage .

غشائی ضعیف وقدرتش بنحوی باشد که درحین شستشوی کوچك هم (بدون زیاد کردن فشار محلول و یا اتساع دادن مجرا بوسیله‌مایع) باز شده وآب را بداخل مثانه راهنمائی کند باز هم به شستشوی بزرگ باید مبادرت ورزید.

روش عمل - پس از شستشوی مجرای قدامی بطریق نامبرده نوك کانول را بسماخ مجرا چسبانده و اوله را بنحوی آزاد میگذارند که مایع شستشو دراثر فشار خود عاصره غشائی را باز کرده و وارد مثانه شود . بعد در همین حال آنقدر بجریان‌مایع درمثانه ادامه میدهند تاوقتی که بیمارحس ادرار کند، وپس‌ازپیدایش این حس هم جریان محلول راقطع و نوك کانول را ازسماخ مجرا دور کرده ، و به بیمار دستورمیدهند تا مثانه خودراخالی‌نماید . بالاخره عمل پر کردن‌وخالی کردن مثانه را آنقدر تکرار میکنند تا تمامی محلول لازم برای شستشوی مجرای خلفی نیز (نیم‌لیتر) بالتمامه مصرف گردد .

با ایـن وصف بخوبی معلوم میشود کـه تنها شرط موفقیت برای شستشوی مجرای خلفی باز شدن عاصره غشائی است کـه آنهم اغلب اوقات با همان ارتفاع یك‌متر ظرف شستشو، وبا همان‌آب گرم ۳۷ تـا ۳۸ درجه، وبا همان فشار متوسط محلول انجام شدنی است؛ امابر عکس گاهی هم اتفاق میافتد که عاصره مزبور در شرایط نامبرده باز نشده وبالنتیجه اجازه نمیدهد که مایع شستشو وارد مثانه‌شود.

دراین‌قبیل موارد وبرای باز کردن عاصره‌غشائی بعضی‌ها تغییر درجه‌حرارت آب‌را پیشنهاد مینمایند ، امابایددانست که‌آب سرد یا آب داغ خود موجب تحریك وشدت تشنج موجوده در عاصره مذکور خواهد بود . برعکس اگرمقدار چهارتا پنج سانتی‌مترمکعب ازمحلول نووکائین یاکوکائین چهار درصد را درمجراتزریق کرده و مدت پنج دقیقه آنرا نگهدارند ممکن است عاصره غشائی‌حساسیت‌خودرا از دست داده ومانع از دخول‌آب نگردد .

حـال اگر بـا تزریق نووکائین هم موفقیتی حاصل نگردد به بیمار سفارش میکنند تـاروز دیگر ادرار نکرده بیاید تاشاید پس ازشستشوی مجرای قدامی و هنگامیکه اوسعی میکند مثانه خودرا خالی‌نماید فشـار مایع شستشوعاصره‌غشائی،

را باز کرده و بدرون مثانه راه یابد. بالاخره اگر با تکرار این دستورالعمل نیز موفقیتی حاصل نشود آنوقت ارتفاع ظرف محلول را بصدوده تا صدو بیست وحتی صد و سی سانتیمتر رسانده و با فشار اولیه آن عاصره غشائی را مغلوب مینمایند (بلافاصله پس از بازشدن عاصره غشائی و جریان یافتن مایع با کمك انگشتان روی لوله از درجه فشار آن بکاهند).

در هر حال بندرت اتفاق میافتد که هیچیك از دستورات نامبرده مفید واقع نشده و برای وارد کردن مایع درمثانه احتیاج به میل زدن بیمار پیدا شود، اما با وجود این اگر احتیاجی باین عمل پیدا شد پس از شستشوی مجرای قدامی میل را را وارد مثانه کرده ومایع انتخابی را درآن تزریق میکنند تا پس از پیدایش حس ادرار میل را درآورده وبیمار مثانه خودرا خالی نماید.

تبصره – اگر آماس حادی درمجرا وجود دارد ازمیل زدن مثانه بایدصرفنظر کرد، وهمواره هم کوشش نمود تا شاید احتیاجی ببالا بردن ارتفاع ظرف وزیاد کردن فشار محلول پیدا نشود، زیرا این هردوعمل ضربه‌ای بمجرا وارد میآورند که ممکن است بقیمت پیدایش یك آماس حاد غده وزی ویا بیضه وبربخ تمام شود.

پنجم - مالش پیشابراه (۱)

اسبابهای لازم برای این کار یا آنهائی هستند که احتیاج بمالش با دست عامل ندارند یعنی ساختمانشان بنحوی است که با حرکتشان درمجرا منظور اصلی عملی میگردد مثل ماسوراورترال (۲) (شکل ۳۸)، ویا آنهائی هستند که پس از دخول درمجرا تنها تکیه گاه انگشتان شخص عامل قرار گرفته و با مالش مجرا روی آنها نتیجه مطلوب عایدمیشود مثل بنیکه‌های ساده ویا بنیکه‌های شیارداری که درضمن مالش خروج ترشحات حاصله را آسان مینمایند (میلهای مالش‌دهنده و بنیکه‌ها در اسباب‌های اورولژی تذکر داده شده‌اند).



شکل ۳۸ — ماسوراورترال (کلن)

روش عمل - درمالش‌های دستی پس از گذاردن بنیکه درمجرا آلت را روی آن‌وبا دست‌چپ کاملا کشیده و با دست راست‌مجرا را روی میل‌مالش‌میدهند. این مالش که از ناحیه عجان شروع شده وتا شیار خلف حشفه ختم میگردد باید ازعقب بجلو وبنحوی باشد که فشارش متوسط و شامل تمامی محیط مجرا گردد.

اما درمالش‌های با اسباب پس ازدخول میل‌درمجراآلت را روی آن کشیده و در حالیکه با دست چپ سرآلت و ساقه ثابت اسباب را گرفته‌اند با دست راست گلوله‌های مشکل ساقه متحرك را بحرکت درآورده وبدین شکل مجرا را مالش میدهند.

در هر حال مالش مجرا بهر صورتیکه انجام پذیرد طول مدت آن دو سه دقیقه، و شستشوی مجرا با محلول ضد عفونی کننده در مقدمه و خاتمه آن واجب خواهد بود.

---

1 – Massage de l, urètre 2 – Masseur urèthrale de Collin.

ششم - گشاد کردن سماخ مجرا (۱)

اسباب‌های لازم برای این عمل یا یك چاقوی الکتریکی (۲) ویك اندازه گیر شیاردار سماخ مجرا است (۳) یا یك اسباب برنده سماخ (٤) ؛ اما بجای اندازه گیر سماخ که درضمن برش درجه گشادی مجرا را هم معین میکند ممکن است از یك اسپکولوم مجرا و یا یك سوند کانله نیز استفاده نمود.

روش عمل - گشاد کردن سماخ مجرا با گالوانو کوتر - پس از ضد عفونی کردن موضع عمل و بیحسی آن بوسیله تزریق محلول کوکائین یك درصد در زیر سرآلت ودرخط وسط ویا آلوده کردن موضع عمل با محلول بونن (آسیدفنیك ، مانتول و کوکائین از هر کدام یك گرم) اندازه گیر سماخ یا اسپکولوم و یا سوند کانله را وارد مجرا کرده ، وبا چاقوی الکتریکی لبه تحتانی سماخ را درخط وسط وروی شیار اسباب ، و کمی زیادتر از اندازه لازم میبرند (درحدود قطر بنیکه ۶۰) تا آنکه پس از جوش خوردن زخم حاصله گشادی سماخ مجرا باندازه معمولی درآید .

گشاد کردن سماخ مجرا با قیچی مخصوص یا مآتوتوم - در این مورد نخست دوشاخه اسباب رابروی‌هم آورده و واردمجرا میکنند. بعد تیغه‌هارا باندازه لازم از یکدیگردور کرده و بوسیله پیچی که در روی‌دسته اسباب واقع شده است (شکل۱۸) این‌فاصله راثابت نگاه میدارند. بالاخره درحالیکه‌لبه تیغه برنده قیچی بپائین متوجه است اسباب‌را بسرعت ازمجراخارج میکنند تاآنکه تیغه مزبوردهانه سماخ را درخط وسط ورو بپائین بشکافد.

تبصره - پس از گشاد کردن سماخ مجرا باید قطعه گاز عقیم شده‌ای را بین دولب زخم گذارده وآنرا ببندند ، وهنگامی‌هم که زخم حاصله رو بجوش‌خوردن میرود اتساع دادن سوراخ آنرا شروع نمایند .

---

1 — Méatotomie 2 – Galvano-cautère
3 – Méatometre 4 – Méatotome

هفتم- میل زدن پیشابراه (۱)

چون منظوراز میل زدن پیشابراه ممکن است تفتیش مجرا، اتساع این عضو ویا تخلیه مثانه باشد، ودرهریك ازموارد مزبورهم افزارهای بخصوصی باید بکار برده شوند لذا اسبابهای لازم درمورد هریك ازاین اعمال جداگانه تذکر داده خواهد شد . اما آنچه که بطور کلی ودرتمام موارد میل زدن های مجرا لازم الاجرا است مهیا بودن سرنك برای شستشو وضد عفونی کردن مجرا ، تهیه کردن محلـول ضد عفونی کننده مثل اکسی سیانورد ومرکور وغیره ، حاضر داشتن روغن فنیکه پنج درصد یاروغن گومنوله چهار درصد برای چرب کردن نوك میلها وبالاخره رعایت عقیم بودن اسبابهای مورد نیاز وضد عفونی کردن موضع عمل ودست عامل میباشد زیرا همانقدر که دریك عمل جراحی رعایت این نکات لازم است دراینجا نیز بهمان اندازه واجب الرعایه خواهد بود .

روش عقیم کردن اسبابها و ضد عفونی کردن دست عامل و موضع عمل در بخش جداگانه‌ای تذکر داده شده است اما اینجا نیز متذکر میشویم که اسبابهای صمغی رابابخار فرمول (تری اکسی متیلن) ، واسبابهای فلزی رابوسیله جوشاندن ضد عفونی میکنند . موضع عمل یعنی مجرای پیشاب راهم پس از شستن سر آلت وحلفه باآب گرم و صابون باچند سرنك ازمحلول اکسی سیانورد ومرکوریك در چهار هزار شستشو میدهند ، و شخص عامل هم دستهای خود را بعینه چون هنگام یك عمل جراحی و باکمال دقت میشوید .

اولا- میل زدن مجرا برای تفتیش (۲) .

اسبابهای لازم برای اینکار وروش عمل آن بطورکامل درآزمایش پیشابراه تذکر داده شده است (صفحه ۱۱۳) .

1- Cathétérisme de l'urètre 2- Cathétér . explorateur

ثانیاً ـ میل زدن پیشابراه جهت اتساع دادن آن(۱).

برای اتساع دادن مجرای پیشاب یا از طریقه اتساع ساده (۲) ویااز طریقه اتساع همراه باجریان الکتریك استفاده مینمایند .

۱) ـ **اتساع ساده مجرای پیشاب** ـ اسبابهای مستعمله برای اینکاریابوژی‌های صمغی هستند (۳) ، و یا میلهای فلزی (بنیکه ها و اسباب اتساع دهنده کلمن) . بنیکه‌ها نیز خود دارای دو نوع مختلف ساده و نوك تیز (بنیکه های ژانه) میباشند که این آخریها درموقع بکاربردن باید بمیل‌های نخی‌شکل(٤) مسلح که میل های هادی نیز نامیده میشوند پیچ گردند .

روش عمل ـ روش‌اتساع دادن پیشابراه باهریك‌ازمیل های نامبرده‌مختلف وتنها یك نکته درتمامی آنهامشترك‌است که آنهم تعیین قبلی درجه ضیق بوسیله میل مفتش میباشد .

الف ـ روش‌اتساع‌مجرا بابوژیهای‌صمغی ـ بعد از ضد عفونی کردن‌موضع عمل وتفتیش مجرا میلیرا که قطرش معادل‌بادرجه ضیق باشد انتخاب نموده، وپس ازآغشته کردن نوك آن بروغنی عقیم شده مثل یك میل نرم ویاصمغی نوك خمیده بترتیب زیر وارد مجرا میکنند .

۱ـ آلت رابادست چپ درخط وسط وعمود برسطح بدن خوب میکشند . با دست راست هم میل انتخابی را گرفته وپس ازوارد کردن نوك زیتونی‌آن درسماخ مجرا بقیه آنرا بملایمت درمجرا داخل کرده ، وتاآنجائی پیش میبرند که ازتنگی‌و یاتنگی های موجوده گذشته ودرصورت لزوم وارد مثانه شود .

۲ـ پس ازعبور میل ازنواحی لازم مدت چند دقیقه آنرا در جای خود باقی گذارده ، وپس ازدرآوردن آن بوژی نمره بلافاصله بالاتررا داخل کرده و آنرا نیز سه چهار دقیقه درمجرا ثابت میگذارند .

1- Cathé . dilatateur 2- Dilatation simple

3-Bougies dilatatrices

4 - Filiforme armée ou conducteur

اگر بوژیهای مستعمله مطابق حدیده شاری‌یر(۱) یعنی یك سوم میلیمتر مدرج شده باشند درهرجلسه بیش از دو تای آنها نباید بکار برده شوند اما اگر مطابق حدیده بنیکه یعنی یك ششم میلیمتر مدرج باشند درهر جلسه اتساع میتوان از سه نمره متوالی آنها استفاده نمود.

۳- پس ازاتمام عمل وشستشوی مجدد پیشابراه بیمار راآزاد گذارده واو را سفارش میکنند که هریك روز یادو روز در میان برای اتساع مجرا مراجعه نماید، منتهی باید بخاطر داشت که درهرجلسه اتساع اولین میل انتخابی آخرین میل جلسه ماقبل خواهد بود.

تبصره ۱- برای جلوگیری از پیدایش مجرای کاذب (۲) باید اتساع مجرا را بدون اعمال زور انجام داده، ودر صورت عدم موفقیت هم از میل انتخابی صرفنظر نموده، و نمره کوچکتری از آنرا مورد استفاده قرار داد.

تبصره ۲- اگر منظور ازمیل زدن مجرا تنها اتساع دادن این عضو است هر وقت که درجه گشادی آن به نمره پنجاه بنیکه بالغ گردید معالجه‌راقطع باید کرد، اما اگر ازنظر معالجه اورتریت‌ویاپرستاتیت‌مزمن‌میل‌زده میشود درصورت احتیاج درجه اتساع مجرا رابنمره ۶۰ بنیکه وحتی بالاتر باید رسانید.

ب- روش اتساع‌مجرا بامیلهای بنیکه - گرچه وارد کردن هرنوع میلی در مجرا باید درنهایت احتیاط انجام پذیرد، اما اتساع مجرا بامیلهای بنیکه احتیاط و مراقبت بیشتری رالازم داردزیرا این اسبابهای‌فلزی دراثر کوچکترین عدم توجهی ممکن است مولد مجاری‌کاذب وحوادث خطرناکی گردند.

روش میل زدن مجرا با میلهای بنیکه غیر از میلهای صمغی و لاستیکی بوده و دارای سه مرحله مختلف میباشد:

مرحله اول - پس ازدراز کشیدن بیمار و گذاردن‌بالشی درزیرلگن خاصره وی موضع‌عمل راضدعفونی نموده ودرطرف‌راست بیمار میایستند. سپس‌سر آلت‌را بادست چپ ومطابق معمول، و دسته بنیکه را با دست راست و بنحوی میگیرند که

1- Filsère de Charrière 2- Fausse route

بند اول انگشت شصت روی قسمت پهن وانتهائی ساقه میل و بند دوم انگشت سبابه درزیر آن وفرورفتگی انحناء اسباب رو بپائین قرار گیرد . بالاخره بااین وضعیت نوك بنیکه راوارد سماخ مجرا کرده ودرحالیکه دسته بنیکه در امتداد کشاله ران قـرار دارد آلت را روی آن میپوشانند ، و در ضمن هـم بنیکه را بملایمت و باندازه‌ای داخل مجرا میکنند تاآنجا که نوك آن بانتهای مجرای بصلی رسیده و متوقف گردد .

مرحله دوم ـ درمرحله دوم یعنی هنگامیکه نوك میل تمام مجرای بصلی را طی کرده (برآمدگی قوس آن که در تمام طول مجرا دیده میشد دیگر از خارج قابل رؤیت نخواهد بود) ، دسته بنیکه وآلت را مماس برسطح بدن بخط وسط و روی شکم بیمار میآورند. درتمام مدت عمل هم آلت بایدخوب کشیده‌شده و چینهایش ازیکدیگر باز باشند تاآنکه بدون گیر کردن اسباب نوك بنیکه در مقابل عاصره غشائی قرار گرفته و بتواند براحتی واردآن گردد .

مرحله سوم ـ درمرحله سوم بدون هیچگونه تغییری دروضعیت دسته بنیکه واعمال فشاری درروی آن آلت واسباب رااز سطح شکم دور کرده ، ودرخط وسط نخست عمود برسطح بدن قرار داده ، و سپس با همان ملایمت و احتیاط اولیه بین پاهای بیمار بپائین میآورند تاآنکه بدین ترتیب نوك اسباب نخست ازعاصره غشائی وسپس از مجرای وزیی عبور کرده ووارد مثانه شود . نشانه وارد شدن اسباب هم درمثانه حرکت آزاد ورفت وآمد مختصر اسباب است بداخل این عضو .

گرچه بادرنظر گرفتن نکات مزبور میل های بنیکه بـراحتی مجرا را طی میکنند ، اماگاهی هم اتفاق میافتد که باوجود قابل عبور بودن مجرا مرحله سوم عمل خوب انجام نمیگیرد یعنی نـوك بینیکه مجـرای خلفی راکاملا طی نکرده و دسته بنیکه بین خط عمود وخط وسط و بین پاهای بیمار باقی میماند . در اینصورت اگر کف دست چپ راروی استخوان شرمگاه تکیه داده و پوست وانساج سطحی آنرا روبپائین وریشه آلت فشار دهند (۱) نوك میل مجرای خلفی را سیر کرده و

1-Manoeuvre sus pubien

وارد مثانه میگردد ؛ همینطورا گرهم در ناحیه عجان و با سر انگشتان نوك میل‌را بملایمت ببالا وعقب برانند (۱) بازهم موفق بگذراندن میل خواهند شد .

بالاخره اگر با اجرای دستورات اخیر هم موفقیتی در میل زدن حاصل نگردد ، ویا شخص عامل عادت ومهارتی درمیل‌زدن مجرا نداشته باشد بهتر آنست که میل بنیکه را بایك راهنماواردمجرانماید . برای اینکار یك میل‌نخی‌شکل مسلح‌را(۲) پس‌از داخل کردن درمثانه بنوك بنیکه پیچ کرده و اسباب اخیررا با همان روش قبلی بدنبال نخی‌شکل وارد مثانه‌می نمایند (دراین‌قبیل مواقع بنیکه‌های‌نوك‌تیزژانه ویا بنیکه‌های معمولی نوك سوراخ دار بکار برده میشوند) .

تبصره - چون بکاربردن بنیکه‌های مسلح کمی‌مشکل ، و گاهی‌هم‌موجب چین خوردگی میل نخی‌شکل درداخل مجرا ویا شکستن‌و باقی‌ماندن آن درداخل این عضو و یا مثانه میگردد بهتر آنست که دراین‌قبیل مواقع از استعمال میل های فلزی صرفنظر نموده واز بوژی‌های صمغی استفاده نمایند .

درهرحال پس‌از داخل کردن بنیکه درمثانه مدت سه‌چهاردقیقه‌آنرا برجای گذارده و سپس بنیکه نمره بالاتر از اولیرا وارد میکنند ، و همینطور بعداز سه چهاردقیقه سومین‌بنیکه رانیز بکاربرده ، وپس‌ازخاتمه عمل‌هم‌مجرای پیشاب را شستشوداده و به بیمار دستور میدهند که هریك روز یا دوروز درمیان برای ادامه اتساع مراجعه نماید (باید بخاطر داشت کـه در جلسه بعدی اولین بنیکه انتخابی آخرین بنیکه‌جلسه قبل، وتعدادبنیکه‌های مستعمله درهرجلسه دویاسه نمره متوالی خواهد بود) .

حوادث اتساع‌مجرابا میل‌های بنیکه- مهمترین حوادث اتساع مجرابابنیکه بروزالتهاب های‌دردناك مجرا، آماس غده‌وزی ، بروزدمل‌ادراری ، ورم اپیدیدیم ، خونریزی از مجرا ، شاش بند وبالاخره عفونت ادراری است .

در التهاب های دردناك مجرا باید چندروزی میل زدن را عقب انداخته ، و درمدت پنج شش روزه‌آن باستحمام عمومی وموضعی وتجویزداروهای ضدعفونی

1 - Manoeuvre pèrinéale 2 - Filiforme armée

کننده عمومی اکتفا کرد .

در آماس غده وزی ، دمل ادراری ، و اپیدیدیمیت علاوه برموقوف کردن اتساع باید بمعالجات مخصوص هریك ازآنها پرداخت .

خونریزی بعداز اتساع عموماً کم و چندان قابل ملاحظه نیست ، اما اگر احیاناًمقدارآن زیادبوده و بعلت حدوث مجرای کاذب پیشآمد کرده باشد ممکن‌است مستلزم گذاردن میل متمکن و یا سیستوستومی گردد .

شاش‌بند شدن بیمار بعداز میل‌زدن اهمیت زیادی ندارد زیرا با وارد کردن میلی درمجاورت ضیق رفع این حادثه خواهد شد .

بالاخره پیشآمد عفونت ادراری پس‌از اتساع مجرا درهرموردی ممکن و ممکن است باشکال مختلف حاد ، تحت حاد ، و یا مزمن درآید (رجوع شود بعفونت ادراری) .

ج ـ روش اتساع مجرا با اسباب اتساع‌دهنده کلمن (۱) ـ میل اتساع دهنده کلمن دارای دو نوع مختلف است که نوع اول آن بشکل بنیکه و برای اتساع‌دادن تمامی پیشابراه ، و نوع دوم آن راست (شکل ۱٥) وتنها برای اتساع مجرای قدامی بکار برده میشود . هریك ازدوقسم نامبرده دارای چهارمفتول فلزی طولی هستند که در مجاورت یکدیگر و حول محور طولی اسباب قرار گرفته و بوسیله پیچی که‌درروی دسته وانتهای خارجی‌میل مستقرشده‌است میتوانند بدلخواه شخص عامل و براهنمائی صفحه مدرج موجوده درمقابل پیچ کم و بیش‌از یکدیگر دورشده وقطراسباب را کم یا زیاد ضخیمتر نمایند .

روش وارد کردن اسباب در مجرا ، افزودن قطر آن در هرجلسه ، مدت مستقربودن آن درمجرا ، و مراقبت بیمار درطول مدت عمل و خاتمه آن هم تماماً نظیرهنگام اتساع مجرا با بنیکه خواهد بود .

۳) ـ اتساع الکتریکی پیشابراه (۲) ـ وسایل لازم برای اینکار جریان الکتریکی مداوم (۳) مثل پیل ، میل بنیکه ، میل نخی‌شکل مسلح ، صفحه روی

1-Dilatateur de Kollmann 2-Dilatation électrolytique
3 - Courant continue

وسیم‌های قطبی هستند .

روش عمل - ۱- پس‌از حاضر شدن بیمار قطب مثبت پیل را بصفحه روئی که از قطعه‌ای پارچه و یا پنبه خیس شده در آب نمك مستور شده است وصل نموده و آنرا روی شکم ویاران بیمارمیگذارند .

۲- سپس میل نخی‌شکل مسلحی را وارد مثانه کرده ، و نوك خارجی آنرا بنوك بنیکه‌ای که مختصری از قطر تنگی مجرا ضخیمتر است پیچ نموده ، و آنرا دردنبال نخی‌شکل وتا مجاورت ضیق مجرا داخل میکنند .

۳- دراینموقع قطب منفی پیل را بدسته بنیکه وصل کرده و جریان برقی معادل باچندمیلی آمپر که ذکر اندازه دقیق آن غیرممکن‌است‌ازاسباب میگذرانند . شدت جـریان لازم بـرای اینـکار بر حسب قطر بنیـکه و انـدازه دخول آن درمجرا فرق میکند زیرا هرقدر که میل بنیکه نازکترو کمترهم وارد مجراشده باشد مقدار الکتریسیته دفع‌شده ازسطح آن زیادتر خواهد بود . بااین وصف شدت جریان‌را بایدبنحوی تنظیم نمایند که‌درهر حال مقدار الکتریسیته مدفوعه‌ازهر سانتیمتر مربع سطح میل بیش‌از دو کولوم (۱) نباشد (کولوم مقدار الکتریسیته ایست که میتواند مقدار ۱/۱۱۸ میلی گرم نقره از یك ملح نقره‌ای را در کاتد رسوب دهد) . البته تعیین‌شدت جریانی که بتواند درنقاط مختلفه پیشابراه این‌مقدار الکتریسیته را دفع نماید مشکل است ، اما با وجود این پس‌از مدتی کار کردن آن مقدار لازم و ضروری ازشدت جریان که برحسب موضع عمل بین سه و سی‌میلی آمپر تغییرمیکند بدست خواهد آمد .

۴- پس‌از وصل جریانی بشدت لازم طولی نخواهد کشید که نوك بنیکه از تنگی مزبور عبور کرده و اگر ضیق دیگری درمجرا وجود داشته باشد درمقابل آن متوقف میگردد . درصورت اخیرمقدار کمی برشدت جریان اول اضافه میکنند تاآنکه نوك میل ازتنگی سوم نیزعبور نماید ، و همینطور درصورت توقف مجدد بازهم برشدت جریان میافزایند تاآنجا که میل انتخابی درمثانه داخل شود .

---

1 – Coulombes

۵- بعداز درآوردن بنیکه اول بنیکه دیگری راکه ۵ تا ۱۰ نمره از اولی ضخیمتر است انتخاب نموده ، و مجدداً طبق روش نامبرده منتهی با شدت جریانی بیشتر وارد مجرا میکنند ، و همینطور برای بنیکه سوم کـه آن نیز ۵ تا ده نمره ضخیمتراز دومی خواهد بود .

بنابراین درهرجلسه اتساع مجرابطریقه الکترولیتیك گذشته از آنکه ده تا پانزده نمره بنیـکه بدرجـه گشادی مجرا افزوده میشود زحمت بیمـار نیز از حیث رفت وآمد مـکرر وتحمل درد و ناراحتی فوق‌العاده کمتر خواهد شد ، زیرا بجای آنکه مانند طریقه اتساع ساده یك روز یا دوروز درمیان برای اتساع مجرا بیاید هفته‌ای یکبارمراجعه خواهد کرد..

تبصره ـ درصورت بروزالتهاب مجرا ویا درد شدید آن باید چندروزی از اتساع مجرا خودداری نموده ، وتنها پس‌از بهبودی حال بیماراقدام بعمل کرد .

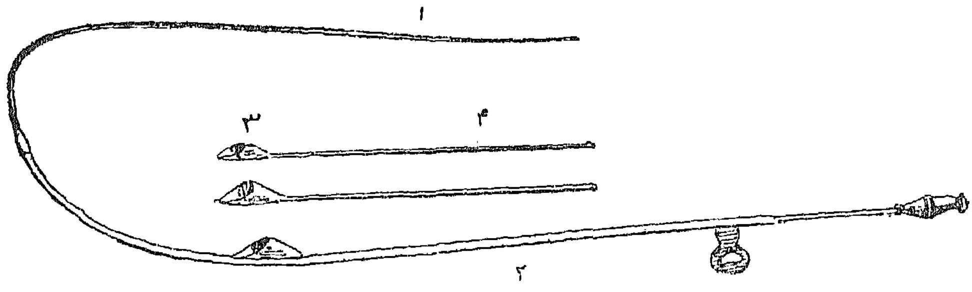
هشتم- برش طولی داخل پیشابراه (1)

اسباب لازم برای این کار عبارتست از اورتروتوم مزونوو(۲) که شامل قسمتهای زیر میباشد (شکل ۳۹) .

الف - یك یا چند میل نخی شکل مسلح که بوسیله پیچ انتهائی خود به اورتروتوم ثابت میشوند (نمره ۱ شکل ۳۹) .

ب - یك میله هادی منحنی وشیاردار(۳) (نمره دو شکل ۳۹) که تیغه برنده اسباب را ازشیاردرونی خود عبور میدهد .

ج - یك یا چند تیغه برنده که انتهای قدامی یا داخلی هریك مثلثی شکل و برنده (نمره سه شکل ۳۹)، ساقه آنها استوانه‌ای (نمره ٤ شکل ۳۹)، ودسته آنها کوچك (نمره ٥ شکل ۳۹) ومخروطی شکل است .



شکل ۳۹ — اورتروتوم مزونوو و قسمتهای مختلف آن

د - یك میله‌هادی مستقیم وتوپر که آن نیز میتواند به پیچ انتهائی میل نخی شکل متصل گردد .

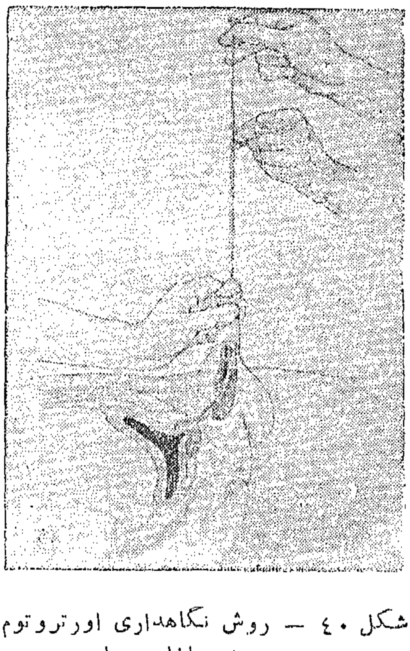
ه - بالاخره یك سوند صمغی نوك بریده (٤) که درصورت فقدانش از یك میل صمغی نوك خمیده (بکی) میتوان استفاده نمود .

روش عمل- الف- حاضر کردن بیمار- اگر تنگی مجرای پیشاب نخی شکل است

1-Urètotomie interne 2 – Urètrotome de Maisonneuve
3 – Conducteur cannelé courbe 4 – S. à bout coupée

از ۲٤ یا ٤۸ ساعت قبل از عمل یك میل نخی شکل در مجرا متمکن میگذارند . هنگام عمل هم میل نخی شکل را درآورده ، آلت و مجرا را کاملا شسته ، و درهمان حال که بیمار روی تخت و بطور افقی دراز کشیده نخست مقدار چند سانتیمتر مکعب ازمحلول نووکائین یا کوکائین ٤ درصد آدرنالینه در مجرا تزریق نموده ، و پس از بیحس شدن آن مختصری هم روغن زیتون خالص و عقیم شده در آن تزریق می نمایند .

ب ــ داخل کردن اسباب درمجرا ـ برای انجام اینکار نخست میل نخی شکل مسلح راواردمجرا نموده و آنرا تامثانه داخل مینمایند. سپس نوك میل هادی شیاردار ومنحنی را بانتهای خارجی نخی شکل پیچ کرده و آنرا نیز مانند یك میل بنیکه از مجرا میگذرانند (بهترین علامت دخول میل در مثانه خروج ادرار است از شیار



شکل ٤۰ ــ روش نگاهداری اورتروتوم
و بریدن داخل مجرا

طولی میل هادی) . بالاخره پس از اطمینان از دخول نوك میل هادی در مثانه آن را در امتداد خط عمود بر بدن و یا نزدیك بآن بتوسط کمك محکم نگه میدارند .

ج ـ برش داخل مجرا ـ پس از دخول میل هادی درمثانه و نگهداری آن بوسیله کمك ، شخص عامل تیغه برنده انتخابی یعنی بزرگترین تیغه‌را از نوك مثلثیش درشیار میله‌هادی داخل نموده، وپس از نگه داشتن و کشیدن آلت بادست چپ ببالا تیغه مثلثی را بادست تا انتهای شیار میله هادی داخل مجرا کرده و مجدداً از همان راه خارجش مینمایند (شکل ۴۰) (دراین موقع اگر تنگی مجرا بریده شده باشد میله هادی و تیغه برنده آن بین پاهای بیمار میتواند بپائین بیاید) .

د ـ در آوردن اسباب و گذاردن سوند متمکن ـ پس‌ازخارج نمودن تیغه برنده از میله هادی ، نامبرده را نیز مانند یك بنیکه ازمجرا خارج نموده وبدون درآوردن میل نخی‌شکل ازمجرا آندورا ازیکدیگر باز مینمایند . سپس میله‌هادی توپر و مستقیم را بمیل نخی شکل پیچ کرده و در حالیکه آلت را عمود بر سطح بدن نگاه میدارند آنرا تا انتهای مجرای بصلی داخل میکنند . بالاخره در همین وضعیت سوند صمغی نوك بریده‌را که بروغن آلوده شده است ازروی میله هادی‌در مجرا داخل کرده ، وپس ازرسیدن نوکش بانتهای مجرای‌قدامی همانطور که آنرا بملایمت تا مثانه داخل مینمایند میله هادی ومیل نخی‌شکل پیچ شده بآنرا از درون سوند ومجرا خارج میکنند (چنانچه داخل کردن سوند مزبور میسر نگردد آنرا ازمجرا خارج نموده وبجایش یك سوند صمغی نوك خمیده را در مثانه داخل کرده وهمانجا متمکن میگذارند) .

دقت‌های لازم بعداز عمل ـ اولا بلافاصله پس‌ازانجام عمل مثانه‌را بامحلول نیترات دارژان یك درهزار باید شست .

ثانیاً غذای بیمار را شیروآب سبزی ومایعات فراوان قرارداده، و از تزریق پنی‌سیلین وتجویز سولفامید واوروتروپین باید استفاده نمود.

ثالثاً از بیرون آوردن میل متمکن تا ۴۸ ساعت بعد از عمل خود داری باید کرد .

رابعاً از روز دهم بعدازعمل دیلاتاسیون مجرا را شروع کرده و خامساً هم تمام بیماران اورتروتومی شده را لااقل هرسال یکمرتبه تفتیش مجرا باید کرد .

حوادث اورتروتومی داخلی — مهمترین حوادث اورتروتومی انترن خون ریزی و تب است .

خونریزی هنگام عمل اغلب ناچیز است ، اما در صورتیکه ادامه پیدا کرده وزیاد باشد باید تا خاتمه خونریزی از برداشتن میل متمکن خودداری کرد.

تبهای بعد از اورتروتومی اغلب یك شبه بوده وممکن است بالرز مختصر همراه باشند ، اما درصورتیکه ادامه پیدا کرده ومزاحم بیمار گردند علت بروزشان یا میزان نبودن میل ، یا ضخیم بودن آن (ضخامت میل نباید ازنمره ۱۵ بالاتر باشد)، یا پیدایش یك پرستاتیت یا پری اورتریت، ویابالاخره وجود خود میل درمجرا است که بارفع هریك ازعلل نامبرده تب بیمار نیز قطع خواهد شد .

نهم ـ معاینه داخل پیشابراه یا اورترسکوپی(۱)

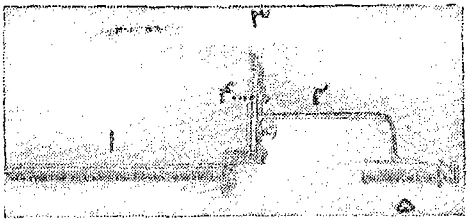
معاینه داخل پیشابراه ممکن است بوسیله اورترسکوپ با دید مستقیم(۲) ویا اورترسکوپ همراه با لوله رؤیت (۳) یا غیرمستقیم انجام پذیرد.

۱ ـ اورترسکوپی با دید مستقیم

اسباب های لازم برای اینکار عبارتند از اورترسکوپ ، میله های فلزی نازك(٤) ، وهواکش مخصوص.

اورترسکوپ ـ این نوع اورترسکوپ‌های بادید مستقیم که بتوسط نورا(٥) تعبیه شده‌اند ازچهار قسمت مختلف تشکیل میشوند. (شکل٤١)

الف ـ لوله های اورترسکوپ ـ هریك از اورترسکوپ های نورا چهار لوله استوانه‌ای مجوف دارد که با ماندرن مخصوص بخود (نمره ۱ شکل ٤١)



شکل ٤١ ــ اورترسکوپ نورا

۱ ــ لوله اورترسکوپ ۲ ــ دسته ۳ ــ دوشاخه الکتریکی

٤ ــ اهرم قطع ووصل جریان الکتریك ٥ ــ دوربین اورترسکوپ

همراهند. یکی ازاین‌لوله‌ها که برای اورترسکوپی‌قدامی بکاربرده‌می‌شود طولش درحدود ۸ سانتیمتر و قطرش معادل قطر بنیکه ٥۲ است ، اما سه لوله دیگر آن که برای اورترسکوپی خلفی مورد استعمال دارند طولشان در حدود ۱۳ سانتیمتر

1 – Urètroscopie 2 – Urètroscopie à vision directe
3 – Optique 4 – Porte tampons 5 – Nora

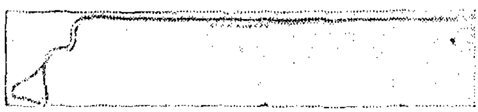
وقطرشان بترتیب صعودی معادل قطر بنیکه‌های ۴۸ ، ۵۲ و ۵۴ خواهد بود.

ب - چراغ اورترسکوپ (۱) - بهریك ازلامپهای اورترسکوپ میله فلزی نازکی وصل است که طولش معادل باطول لوله مربوطه بوده ، درداخل آن قرار گرفته ، و از انتهای آزادش هم بدسته اورترسکوپ و درهمان موضعیکه لوله اورترسکوپ وصل میشود اتصال مییابد.

ج - دسته اورترسکوپ (۲) - دسته اورترسکوپ نورا (نمره ۲ شکل ۴۱) دارای دوانتهای آزاد است که از یکطرف بلوله اورترسکوپ وچراغ آن ، و از طرف دیگر بدوربین اورترسکوپ اتصال مییابد. درروی دسته مزبور اسباب کوچکی قراردارد (نمره ۳ شکل ۴۱) که نظیر دوشاخه سیستوسکوپ برای رساندن جریان الکتریك بچراغ مورد استفاده بوده ، و درروی آنهم اهرم کوچکی است (نمره ۴ شکل ۴۱) که برای قطع ووصل جریان بکار برده میشود.

د - دوربین اورترسکوپ (۳) - دوربین اورترسکوپ (نمره ۵ شکل ۴۱) که ازوسط بدنه خود بدسته اسباب متصل است عدسی رؤیتش متحرك و بنحوی است که با حرکت آن میتوان تصاویر حاصله را باندازه کافی بزرك وواضح کرد.

۳ - میله های فلزی (۴) - میله‌های فلزی اورترسکوپ (شکل ۴۲) درانتهای باریکشان دندانه‌دار بوده ، وقطعه پنبه کوچکی هم که بنوك آنها پیچیده میشود برای پاك کردن درون لوله اورترسکوپ بکار خواهد رفت.



شکل ۴۲ - میله فلزی پرت تامپون

هواکش (۵) - هنگامیکه ترشحات موجوده درلوله اورترسکوپ زیاد بوده و بوسیله تامپونهای نامبرده خشك نگردند، بااسباب مخصوصی که شبیه بهواکش های

1 — Lampe de l'urètroscope 2 — Manche support

3 — Lunette de l'urètroscope 4 — Porte tampons

5 — Aspirateur

معمولی ودارای لوله طویلی است میتوان آنهارا بخارج آورد.

روش عمل - برای انجام عمل اورترسکوپی گذشته از رعایت ضد عفونی دستها و وسائل معاینه رعایت نکات زیر لازم خواهد بود.

۱) - حاضر کردن بیمار - برای اینکار بیماررا روی تخت معاینه و بوضعیت ژینکولوژیك خوابانده، مجرای پیشابش‌را شسته، ومقدار ۳ تا ٤سانتی‌متر مکعب هم نووکائین یاکوکائین ٤ درصد در آن تزریق مینمایند.

۲) - حاضر کردن اسباب - برای حاضر کردن اسباب نخست لوله لازم‌را که برای معاینه مجرای‌قدامی هشت‌سانتی‌متری و برای معاینه‌مجرای‌خلفی۱۳سانتی‌متری است انتخاب نموده، و ماندرن آنرا در درونش میگذارند. سپس چراغ هم‌طول لوله مزبور را نیز انتخاب کرده، و پس از اتصال دادن با دسته اورترسکوپ و دوربین آن نور چراغش‌را میزان مینمایند (شدت نورچراغ باید باندازه‌ای باشد که فیلامان لامپ دیده نشود).

۳) - داخل کردن اسباب درمجرا - اگر منظور از اورتروسکوپی معاینه مجرای خلفی باشد لوله انتخابی‌را مانند یك‌سوند صمغی وارد مجرا کرده، وپس‌از رسیدن‌بانتهای‌مجرای‌بصلی آنرادرخط‌وسط و بین‌دوپای‌بیمار آنقدر بپائین‌می‌آورند تاآنکه ازعاصره غشائی گذشته ووارد مجرای خلفی گردد. اما اگر منظور ازاین عمل معاینه مجرای قدامی باشد پس از رسیدن نوك لوله انتخابی بانتهای مجرای بصلی درهمان وضعیت عمودی آزمایش مجرارا شروع مینمایند.

٤) - معاینه داخل مجرا - پس‌ازرسیدن لوله‌اورترسکوپ بنقطه لازم وثابت نمودن وضعیت مجرا (در معاینه مجرای خلفی لوله اورترسکوپ وآلت تقریباً باید افقی‌باشند، اما برای معاینه مجرای قدامی لوله اورترسکوپ وآلت عمود برسطح بدن بیمار قرارمیگیرند)، نخست ماندرن فلزی را از داخل لوله بیرون آورده، لامپ اورترسکوپ‌را که بدسته ودوربین اسباب متصل‌است دردرون‌لوله‌جای‌داده، ولوله مزبوررا درجای‌خود بدسته‌اسباب ثابت‌مینمایند. سپس بوسیله میله‌های‌فلزی

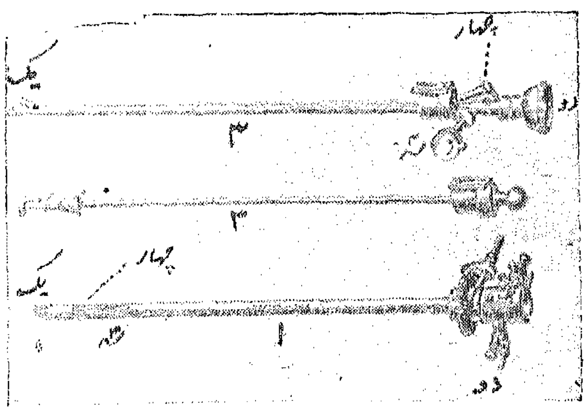
طویلی(۱) که قطعات کوچك پنبه به‌نوکشان پیچیده شده است ترشحات موجوده درداخل لوله‌را پاك میکنند تاآنکه معاینه داخل مجرا میسر گردد. بالاخره پس‌از امکان دیدومیزان کردن لوله‌رؤیت دوربین بملایمت‌وبتدریج لوله‌را بخارج کشیده وتمامی قسمت‌های مختلف مجرا را ازعقب بجلو معاینه میکنند ، و هرمرتبه هم که بخواهند مجدداً قسمتی از مجرا را که معاینه کرده اند مشاهده کنند لوله‌را بکلی ازمجرا خارج کرده ، ماندرن آنرا درجا گذارده ، و مجدداً عمل‌اورتروسکوپی‌را تجدید مینمایند ...

۳ـ اورترسکوپی با دید غیرمستقیم (۲)

اسبابهای لازم برای اینکار عبارتند از اورترسکوپ ودستگاه شستشو.

اورترسکوپ ـ اورتروسکوپ های همـراه با لوله رؤیت (۳) اقسام مختلفه آزمایشی و درمانی دارند که مهمترینشان همان‌نوع اورتروسکوپ ماك ـ کارتی(٤) است .

اورترسکوب ماك‌کارتی نظیر سیستوسکوپ از یك استوانه روشنائی(٥) ، ویك لوله رؤیت تشکیل شده است . (شکل٤۳)



شکل ٤۳ ـ اورترسکوپ ماك کارتی

1 – Porte tampon 2 – Urètroscopie à vision indirecte
3 – Optique 4-Mac. Carthy 5 – Tube d'éclairage

لوله روشنائی - لوله روشنائی که استوانه مجوفی است (نمره۱ شکل۴۳) انتهای باریکش کمی خمیده (یك) است (بشکل سابو(۱)) ، انتهای خارجی و ضخیمش دوشیر کوچك متصل بدو لوله شستشو (دو) بانضمام یك اسباب قطع ووصل جریان الکتریك دارد وروی بدنه و نزدیك بنوکش هم سوراخی وجوددارد (سه) که محل دید اورتروسکوپ بوده و چراغ اورترسکوپ نیز درقسمت قدامی آن قرار میگیرد (چهار)

لوله مزبور ماندرن مخصوصی دارد (نمره۲ شکل۴۳) که هنگام داخل کردن اسباب درمجرا فضای درونی آنرا پر کرده وبخصوص مانع آن میشود که لبه سوراخ انتهائی ودرونی لوله روشنائی جدار مجرا را زخمی نماید.

لوله رؤیت - لوله رؤیت که استوانه مجوف ومسدوی است (نمره۳ شکل۴۳) درانتهای داخلیش اهرمی کوچك (۲) (یك) ودرانتهای خارجیش یك عدسی رؤیتی (دو) ، یك پیچ حرکت دهنده اهرم مزبور (سه) ، ویك لوله کوچك (چهار) دارد که برای داخل کردن الکترودهای الکتریکی وهدایتشان تاروی اهرم انتهائی میباشد.

دستگاه شستشو - دستگاه شستشو برای اورترسکوپی تشکیل شده است ازیك ظرف مایع(۳) باضمائم آن ، محلول شستشو (اکسی سیانوردومرکور یا اسیدبوریك یاآب جوشیده) ، و دو لوله لاستیکی نازك که به شیرهای موجوده درروی دسته لوله روشنائی متصل شده وبرای دخول و خروج مایع شستشو بکار برده می شوند.

روش عمل - ۱)-حاضر کردن بیمار- روش حاضر کردن بیمار دراینجانیز بعینه مثل هنگام اورترسکوپی با دید مستقیم است.

۲) - حاضر کردن اسباب ودخول آن درمجرا -- برای اینکار نخست نورچراغ اورترسکوپ را میزان نموده ، ماندرن لوله روشنائی را در داخلش جا داده ، وپس از چرب کردن نوك آن با گلیسرین مانند اورترسکوپ نورا تا مثانه داخلش می نمایند .

---

1 – Sabot 2 – Onglet 3 – Bock

سپس ماندرن لوله‌روشنائی‌را درآورده ، لوله رؤیت‌را بجای‌آن قرارداده، لوله‌های لاستیکی و باریك شستشو را بسر شیر های واقعه درروی دسته استوانـه روشنائی ثابت نموده ، وسر لوله متصل به‌بوك را بیکی از لوله‌های مزبور وصل مینمایند (لوله دخول‌مایع) .

بالاخره پس ازانجام این‌عمل و روشن کردن چراغ اورترسکوپ ، جریان مایع شستشورا بافشاری‌متوسط برقرار کرده ، وهمانطور که ازپشت دوربین‌تماشا مینمایند اورترسکوپ را بملایمت از مثانه بداخل مجرای خلفی کشیده ، و بمحض آنکه مجرای‌پیشاب‌دراثر مایع‌شستشو متسع‌ورؤیت‌جدار آن ازدرون‌اورترسکوپ میسر گردید جریان مایع‌را قطع میکنند.

۳) ـ روش معاینه ـ برای آنکه با این‌قبیل‌اورترسکوپ‌ها معاینه تمامی‌جدار مجرا میسر گردد باید اولا قطع ووصل جریان‌مایع شستشورا بنحوی مراقب‌باشند که میدان دید اورترسکوپ همیشه روشن باشد . ثانیاً هم لوله اورترسکوپ را بتریت حول محور طولی خودش بچرخانند تا آنکه تمامی محیط مجرا درمقابـل سوراخ انتهائی لوله روشنائی قرار گرفته وتوسط عدسی‌های موجوده درطول‌لوله رؤیت تصویرشان بچشم منتقل گردد.

مشاهدات اورترسکوپیك ـ نتایج حاصله از اورترسکوپی مجرای طبیعی در آزمایش پیشابراه ، و تغییرات مرضی آن درباره هریك ازبیماریهای این مجرا جداگانه تذکر داده شده اند.

فصل چهارم

دانستنیهای مربوط به غده وزی

بخش اول

کالبد شناسی غده وزی

غده وزی یا پرستات که قسمت ابتدائی مجرای پیشاب را از عقب احاطه مینماید درزیر مثانه ، بالای کف لگن(۱) ، در جلوی راست روده ، و عقب استخوان عانه قرار گرفته است.

شکل غده وزی شبیه بمخروط و یا بلوطی است که از جلو بعقب کمی مسطح، رأسش بسمت پائین ، وقاعده‌اش ببالا باشد .

محور طولی این غده هم درحدود سه سانتیمتر ، محور عرضی قاعده‌اش درحدود ٤ سانتیمتر ، وضخامتش بدوسانتیمتر بالغ میگردد .

محفظه مخصوص غده وزی(۲) - غده پرستات مانندمثانه و گرده درمحفظه ویژه‌ای قراردارد که ازپس اوراق لیفی آن باسایر اعضاء مجاور ارتباط می یابد . این محفظه مخصوص در بالا ازسطح تحتانی مثانه ، در پائین ازوترمتوسط عجان(۳)، درعقب ازوتر صفاقی وزیی(٤) ، درجلو ازورقه لیفی نازك ومنشعبه ازوترمتوسط عجان ، و بالاخره در طرفین از وتر های جانبی خود غده وزی تشکیل میشود (شکل ٤٤) .

روابط غده وزی با اعضاء دیگر(شکل٤٤ و٥٣).

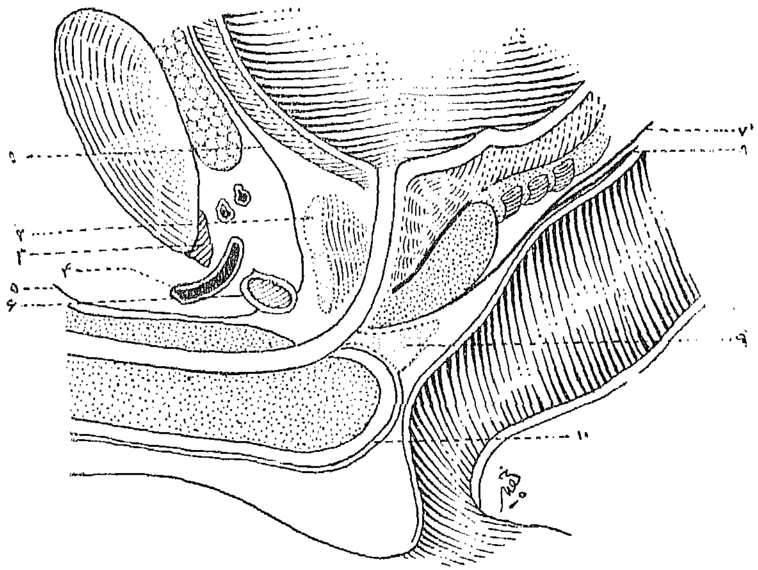
غده وزی دارای یك سطح قدامی ، یك سطح خلفی ، دو سطح جانبی ، یك قاعده ویك رأس است که روابطشان جدا گانه باید بررسی گردد .

۱) - **سطح قدامی** - سطح قدامی پرستات از فاصله ورقه لیفی محفظه خود

---

1 – Plancher pelvien 2 – Loge Prostatique
3–Apon.moyen de la périnée 4–Apon.prostato- peritoneale

بالیگامان مثانی عانه‌ای(١) وشبکه سیاه‌رگی‌سانتورینی که آنرا از استخوان عانه جدا مینمایند مربوط میگردد.



شکل ٤٤ ــ محفظه غده‌وزی و وترعجانی

١ــ ورقه لیفی قدامی پرستات ٢ ــ قسمت پرستاتیك عاصره مخطط ٣ــ لیگامان زیر استخوان عانه ٤ــ سیاه‌رك ظهری آلت ٥ــ ورقه لیفی فوق‌مجرائی ٦ــ لیگامان عرضی عجان ٧ و ٨ــ دوورقه وتر دنون‌ویلیه(٢) ٩ــ عاصره غشائی ١٠ــ ورقه لیفی زیرمجرائی

٢) ـ **سطح خلفی** ـ سطح خلفی غده‌وزی ازبالا بپائین و ازعقب بجلو مورب، و ازفاصله وتر و زیی مثانی با سطح قدامی راست روده ارتباط می‌یابد .

٣)ـ **سطوح طرفی**ـ سطوح طرفی غده‌مزبور که‌ازبالا بپائین وازخارج بداخل متوجه هستند از جلو بعقب محدب ، و از پس پوشش لیفی خود با وترلگنی(٣) و ماهیچه بالابرنده مخرج(٤) مربوط میشوند.

٤) **قاعده** ـ قاعده غده پرستات دراثر وجود برآمدگی عرضی و مشخصی که مبداء مجرای پیشاب است بدوقسمت قدامی وخلفی تقسیم می‌شود. قسمت‌قدامی آن مستقیماً بامثانه ، وقسمت خلفی‌آن بامخازن منی مجاورت دارد.

٥) ـ **رأس غده وزی** ـ رأس این‌عضو بلوطی‌شکل که کمی بالاتر از وتر

1– Lig. pubio–vesicaux 2– Denonvilliers 3– Apon. pelvienne 4– Releveur de l'anus

متوسط عجان قرار گرفته درعقب باآمپول راست روده مربوط بوده ، و ازسوراخ مخرج بیش از۳-٤ سانتیمتر فاصله ندارد.

ساختمان داخلی غده‌وزی .

غده‌وزی از نظر ساختمان تشریحی دارای‌دو قسمت متمایزی‌است که یك قسمت آنرا نسج اصلی و حقیقی غده تشکیل میدهد ، و قسمت دیگرش را هم اعضائی میسازند که یا در ضخامت خود غده واقع شده و یا درخط سیر خود از آن عبور مینمایند .

۱) - اعضاءاضافی - اعضاء اضافی موجوده در غده‌وزی که جزء ساختمان اصلی آن نمیباشند عبارتند از بخش وزیی پیشابراه و دوعاصره منضم بآن ، مجاری انزالی(۱)، واوتریکول پرستاتیك (۲) .

بخش‌وزیی پیشابراه وروابط آن باغده‌وزی درکالبد شناسی این‌مجرامطالعه شده است اما دراینجا باید متذکر شد که عاصره‌های منضم بآن یکی عاصره صاف است (۳) که از الیاف عضلانی صاف تشکیل شده و مجرای پیشاب را بلافاصله پائین‌تر ازعنق مثانه در برمیگیرد ؛ ودیگری‌هم‌عاصره مخطط میباشد (٤) که بخش غشائی مجرا را احاطه نموده ، و دارای الیاف عضلانی مخطط وباقدرتی است که بعضی الیاف نازك وظریف‌آن تا سطح قدامی پرستات بالا میروند.

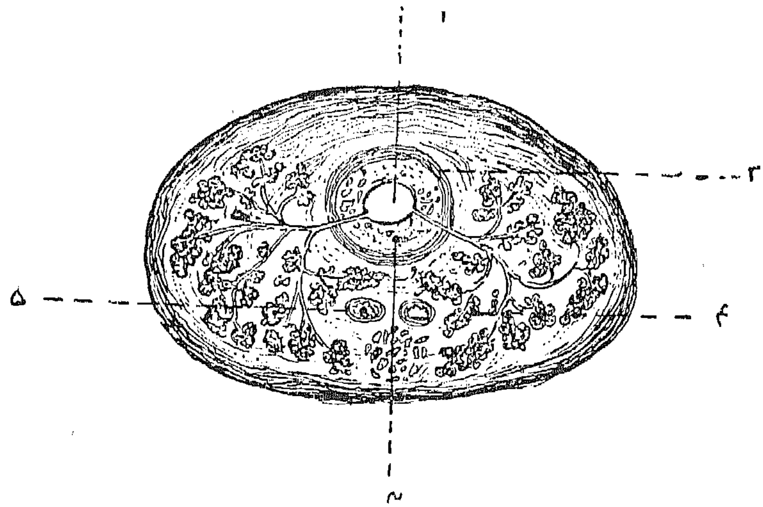
مجاری‌انزالی - این هردومجرا ازمحل‌اتصال وارتباط مخازن منی بامجاری برنده(٥) منشعب شده و در ضخامت غده وزی از بالا بپائین ، ازعقب بجلو ، و از خارج بداخل سیر نموده، وروی وروموتتانوم(٦) درطرفین اوتریکول پرستاتیك سر باز مینمایند .

اوتریکول‌پرستاتیك - اوتریکول پرستاتیك مجرای بن‌بستی‌است که ازوسط برآمدگی و روموتتانوم یعنی نقطه فرو رفته‌ای که بنام مهبل نر (۷) موسوم است

1- Canaux éjaculateurs 2- Utricule prostatique
3- Sphinctère lisse 4- Sph.strié 5 - Canaux déférants
6 - Verumontanum 7 - Vagin mâl

شروع شده ، ببالا وعقب درضخامت پرستات و رو بطرف قاعده این عضو پیش‌رفته ، و درفاصله کم یا زیادی ازاین قاعده ختم خواهد شد.

۳) - ساختمان اصلی غده وزی- سازمان‌اصلی پرستات‌ازغددخوشه‌ای‌شکل متعددی تشکیل می شود که مجموعه آنهارا غلاف لیفی عضلانی (۱) نسبتاً‌محکمی احاطه نموده است (شکل‌۴۵) .



شکل ۴۵ــ ساختمان تشریحی و مقطع عرضی غده‌وزی
۱ــ مجرای‌پیشاب ۲ــ عاصره‌مخطط ۳ــ غدد ترشحی محیط پیشابراه ۴ــ شاخه‌های‌غده وزی
۵ــ مجاری‌انزالی

غلاف لیفی عضلانی مزبور هم از سطح داخلی خود رشته های دیگری را بداخل نسج‌غده‌ای‌میفرستند که آنرا به‌چهاربخش تقریباً متمایز ازهم تقسیم‌مینمایند.

از بخش‌های چهارگانه حاصله یکی قدامی است(۲) که چندان قابل توجه نبوده و درجلوی قسمت ابتدائی پیشابراه قرار دارد. دوتای دیگرآن خلفی جانبی هستند(۳) که درعقب وطرفین پیشابراه واقع شده وقسمت اعظم و مهم غده وزی را میسازند. بخش چهارم آنهم که خلفی میانی است (۴) مانند گاوه‌ای بین مجاری انزالی و پیشابراه واقع میباشد.

---

1 – Fibro-musculaire 2 – Lobe anterieur 3 – Lobes périurètrales laterales 4–Lobe sous cervicale médiane

بالاخره تقسیمات غده نامبرده بهمین جا ختم نشده بلکـه هر یك از لبهای چهـارگانه نیز خود بواسطه رشته‌های نازك دیگری که منشعب ازغلاف مزبـور میباشند بتقسیمات کوچکتری مجزا شده ، و هریك از آنها را بنام یك لوبول(۱) می نامند .

رگها و پی‌های غده وزی - سرخ رگ‌های غده وزی شاخه‌هائی منشعب ازمثانی تحتانی(۲) وبواسیری متوسط(۳) هستند .

سیاه رگهای آن بشبکه های سیاه رگی محیط غده وزی که شامل شبکه سیاه‌رگی سانتورینی وشبکه های جانبی غده میباشند میریزند .

عروق‌لنفاوی‌آن بغدد لنفاوی‌ایلیاك خارجی وهیپو گاستریك منتهی‌میشوند.

رشته های عصبی آنهم ازشبکه هیپو گاستریك رهسپار میگردند.

---

1 — Lobule 2 — Vesicale inferieur 3 — Hémorroidale moyenne

بخش دوم

آزمایش غده وزی (۱)

راههای مختلف آزمایش غده وزی عبارتند از توشه رکتال تنها یا همراه با ملامسه شکم، مالش دادن غده وزی، آزمایش ترشحات غده وزی، میل زدن مجرای پیشاب، آزمایش با مفتش فلزی، اورتروسکوپی، سیستوسکوپی، و بالاخره اورتروگرافی.

۱) ـ توشه رکتال یا آزمایش از داخل مقعد با انگشت (۲) ـ توشه رکتال تقریباً مهمترین روش آزمایش غده وزی و چنانچه با ملامسه از روی شکم توأم گردد راهنمای بهتری در تشخیص میباشد زیرا عموم بیماریهای غده مزبور تغییراتی را در شکل ظاهری آن بوجود میآورند که بوسیله این آزمایش کشف و مورد توجه قرار میگیرند.

درحالت طبیعی و نزد مردان اگر انگشت سبابه را داخل مقعد کنند در فاصله سه تا پنج سانتیمتری سوراخ آن و در سطح قدامیش جسم بلوطی شکلی را حس میکنند که قاعده اش ببالا و رأسش بپائین میباشد. این عضو بلوطی شکل که همان پرستات یا غده وزی است از دو بخش (۳) راست و چپ تشکیل شده که هریك از آنها بشکل و اندازه یك بادام با پوست میباشند. نوك این دو بادام که عرضاً در ضخامت مخاط مقعد جای گرفته اند در پائین بیکدیگر مربوط شده اما قواعد شان در بالا کمی ازهم فاصله دارند. با این وصف شیار مثلثی شکلی با قاعده فوقانی بین دو بخش غده نامبرده مشهود و محور طولی هریك از این دو بخش هم از بالا بپائین و از خارج بداخل متوجه خواهد بود. بالاخره حدود غده نامبرده کاملا مشخص،

---

1 — Exploration de la prostate   2 — Toucher rectale
3 — Deux lobes.

سطحش منظم ، قوامش الاستیك ، و ملامسه‌اش بدون درد است و اگرآنرا مالش هم دهند ممکن است مقداری مایع شیری رنگ ازمجرای‌ادرار دفع گردد .

تغییرات مرضی‌غده وزی - بیماری‌های مختلف این عضو یا موجب ازدیاد حجم غده میشوند ، یا شکل وحجم آنرا تغییر میدهند ، یا قوام آنرا عوض‌میکنند، ویا بالاخره شکل وحجم وقوام وحدود آنرا دگرگون مینمایند .

اولا - تغییر حجم غده وزی - بیماری‌هائی که‌تنها موجب بزرگ شدن حجم پرستات میشوند یکی ناتوان شدن غده نامبرده ودیگری عظم‌آن است .

الف - ناتوان شدن غده وزی (۱)— این بیماری مخصوص جوانان عصبی مزاج و ضعیف البنیه (نوراستنیك) بوده، ومبتلایان بآن از درد و سنگینی ناحیه عجان و بخصوص ناحیه ساکرولومبر شکایت میکنند . در توشه رکتال هم دیده میشود که حجم غده از اندازه طبیعی بزرگتر، قوامش نرمتر، اما حدودش‌مشخص وشیار بین دولب‌آن نیز قابل تشخیص میباشد .

ب - عظم غده وزی (۲) — این بیماری تقریباً مخصوص به پیران مسن‌تر از پنجاه‌سال‌است . مبتلایان بآن ازاختلالات ادراری شکایت‌داشته؛ ودرتوشه‌رکتال هم بزرگ بودن حجم غده ، مشخص بودن حدود آن و موجود بودن شیار بین‌دو لب محسوس، وسخت‌تر بودن قوام‌آن‌نیزاز اندازه طبیعی‌وبخصوص ازشکل‌نامبرده دربالا جالب‌توجه خواهد بود .

ثانیاً — تغییر حجم وشکل غده وزی — بیماری‌های مسبب اینگونه تغییرات یعنی آنهائیکه علاوه بر بزرگ نمودن لبهای جانبی شیارمثلثی‌شکل بین‌آن‌دو را نیز از بین میبرند یکی‌آدنم غده وزی و دیگری سارکوم‌آن میباشد .

الف — عظم پرستات — عظم غده وزی دراینحالت هم که شامل عموم غدد محیطی مجرای خلفی یعنی غدد جانبی و وسطی میباشد (۳) مخصوص پیرمردان و

---

1 — Atonie prostatique 2 — Adénome des glandes périurèthrales laterales 3 — Adén.des gls.périurèt.laterales et médianes

همراه با اختلالات ادراری است اما در اینجا بعلت از بین رفتن شیار وسطی دولب و بزرگ‌شدن حجم‌غده جسمی تقریباً کروی ، الاستیك ، محدود ، وهموار درتوشه رکتال حس خواهد شد .

ب ــ سارکوم غده وزی ــ این بیماری مخصوص جوانان و گاهی با حس سنگینی و درد ناحیه عجان همراه است.علائم فیزیکی آن هم بزرگ بودن غده (خیلی زیاد تر از آدنم) ، نرم بودن آن ، و گاهی نامرتب بودن سطحش می باشد.

ثالثاً ــ تغییر قوام غده وزی (۱) ــ قوام غده وزی ممکن است در یك‌نقطه تنها و یا نقاط متعددی تغییر نماید ؛ یعنی یا یك هسته کم و بیش و سخت و مرتب و محدود دریك‌قسمت‌ازغده‌مشاهده گردد،ویاهسته‌های‌متعددی که کم‌و بیش‌بیکدیگر نزدیکند درسطحش جلب توجه کنند .

اول ــ هسته‌های‌منحصر بفردیکه درضخامت ویاسطح غده‌وزی یافت‌میشوند ممکن است یك کانون سلی غده وزی یا مجرای انزالی ، یك هسته سرطانی ، یك سنگ غده وزی یا مجرای وزیی ، ویا بالاخره یك کیست باشد .

الف ــ هسته سلی غده‌وزی عموماً ثانوی و با سل گرده و مثانه همراه‌است. درآزمایش کامل دستگاه ادراری نیز این مدعا ثابت میشود .

ب ــ هسته سرطانی غده‌وزی بهیچوجه ازهسته سلی‌آن‌تشخیص‌داده‌نمیشود، اما زیاد بودن‌سن بیمارو موجود نبودن علائم‌سل ادراری مؤید سرطانی بودن‌عارضه خواهد بود .

ج ــ سنگ‌غده‌وزی صلابت وسختی‌مخصوصی‌دارد وبعلاوه دررادیو گرافی هم وجودآن تشخیص داده میشود.

د ــ بالاخره اگر کیسه‌ای در غده نامبرده وجود داشته باشد خیلی گرد ، محدود ، وبا قوامی‌مخصوص (۲) است. گذشته‌ازاین‌آثاری‌هم‌ازسل‌دستگاه‌ادراری

---

1 — Variation de consistance 2 — Renittente

وجود نخواهد داشت .

دوم — اگر هسته های موجوده در سطح غده متعدد و کم و بیش بیکدیگر چسبیده باشند ممکن است نماینده هسته‌های سلی یا سرطانی بوده ، ویا بعلت آماس حاد یا مزمن غده‌وزی بوجودآمده باشند.

الف — هسته‌های سلی و متعدد غده وزی عموماً همراه با ضایعات سلی دیگر جهاز ادراری هستند که قبلا تشخیص داده شده‌اند .

ب — هسته‌های سرطانی غده وزی گرچه قوامی سخت ومخصوص بخود دارند اما با وجود این تشخیصشان از آماس مزمن غده مزبور مشکل و بخصوص اگر این آماس مزمن بعظم غده وزی اضافه شده باشد تشخیص افتراقی فوق‌العاده دشوار است . معذالك سن متوسط بیمار ، پیشرفت بطی بیماری ، سابقه التهاب مجرا ، و بالاخره تأثیر مالش در از بین بردن هسته‌های التهابی عوامل مؤثری برای تشخیص آماس مزمن میباشند.

ج — در آماس حاد غده وزی (۱) پیدایش هسته‌های نامبرده همراه با لرز و تب ، درد ناحیه عجان و مقعد ، و بی اختیاری کاذب یا احتباس ادراری است.

د — بالاخره برای تشخیص هسته‌های مربوط به پرستاتیت مزمن سابقه سوزاك قبلی ، دوطرفی بودن هسته‌ها ، اختلالات ادراری ، و بخصوص حس ادرار آمرانه(۲) و تأثیر مالش دراز بین بردن غده‌ها عوامل قابل استفاده میباشند.

رابعاً — تغییر شکل وحجم و قوام وحدود غده‌وزی — گرچه تغییر مشخصات غده وزی بنحو مذکور ممکن است بصور مختلفی جلب توجه نماید اما بطور کلی مجموع اشکال آنرا میتوان بسه دسته مختلف زیر تقسیم کرد .

اول — بیشتر اوقات غده‌وزی کم یازیاد بزرگ شده ، قوامش در نقاط مختلف تغییر کرده ، وحدودش هم کاملا مشخص نیست .

بیماریهای مولداینگونه تغییرات همان سل وسرطان و آماس لیفی مزمن(۳)،

---

1 — Prostatite aigue 2 — Miction impérieuse
3 — Prostatite pseudo-néoplasique

وآماس حاد غده‌وزی است که قبلا تذکرداده شده‌اند.

دوم ــ بعضی اوقات گذشته از تغییرات نامبرده یك قسمت و یا تمامی غده نیز کاملا نرم شده‌وزیر انگشت ایجاد حس‌تموج(۱) مینماید .

بیماریهای مولد این تغییرات عبارتند ازسل چرکی ، سرطان کیسه‌ای ، آماس مزمن ، آماس حاد چرکین ، وبالاخره کیست‌های غده وزی .

تغییرات سلی غده‌وزی همراه با سایر عوارض سلی هستند .

سرطان کیسه‌ای شکل آن سیرش شبیه بآماس مزمن، ودر صورتی که نزد جوانان پیدا شده باشد تشخیصش مشکل خواهد بود .

درآماس چرکی مزمن که خود نتیجه باقی ماندن دملهای حاد است با فشار انگشت چرك غلیظی از مجرا خارج میشود ، و درد دمل غده وزی‌هم لرز وتب و شاش‌بند وسیله تشخیصند .

کیسه‌های اتفاقی این غده‌هم خیلی گرد و محدود و با قوامی مخصوص‌بخود میباشند .

سوم ــ بالاخره گاهی‌هم غده وزی کاملا مسطح‌شده، مثل‌چوب صلابت‌یافته، وحدودش نیز غیرمشخص میگردد .

تنها بیماری مولد این‌نوع تغییرشکل نوع مخصوصی از سرطان غده وزی است که آنرا سرطان خشبی (۲) ویا سرطان صغری (۳) مینامند .

۳) ـ **مالش غده‌وزی(٤)** ــ با انجام این عمل اگرچرك یا ترشحی در غده نامبرده جمع شده باشد از مجرای پیشاب خارج شده و میتواند مورد آزمایش قرار گیرد .

۳)ــ **آزمایش ترشحات غده وزی** ــ ترشحات غده وزی که درحال‌طبیعی لزج ، کشدار ، شیری رنگ و محتوی دانه‌هائی از مواد ازته(٤) مطبق‌اند ممکن

1–Fluctuation 2 –Squirrhe de la prost. 3– Atrophique
4 – Massagede la prostate 5– Sympection de Robin

است تغییراتی پیدا کرده ویا چرکین شده باشند . درهرحال مجموعه این تغییرات درآزمایش صوری وذره بینی ترشحات تشخیص داده میشوند .

۴) - میل زدن مجرای پیشاب - نتایج حاصله ازاین‌عمل درآزمایش‌پیشابراه تذکرداده شده‌اند .

۵) - آزمایش با مفتش فلزی - با انجام این آزمایش اولا معلوم میشود که آیااسباب‌سنگ‌شکن‌ازمجرای‌بیمارمیگذردیاخیر،زیراازهرمجرائی که‌مفتش‌فلزی عبور نماید اسباب سنك شکن نیز خواهد گذشت (نزدبعضی‌ازمبتلایان‌بعظم‌غده‌وزی مفتش‌فلزی‌ازمجرا عبور نمیکند و بالنتیجه‌اسباب سنگ شکن هم درمجرای خلفی متوقف میماند). ثانیاً اگرعنق آبدان در اثر بزرگ شدن غده وزی شکلش تغییر نموده و بداخل مثانه برآمدگی پیدا کرده باشد باز هم بدین وسیله تشخیص داده میشود،زیرادرحالت‌طبیعی‌اگرنوك خمیده‌مفتش‌فلزی را که وارد مثانه شده‌است‌در پشت عنق‌وروببالانگاهداشته وآنرابجداراین عضو تکیه‌دهندبایدبدون هیچگونه توقفی‌یك دور تمام یعنی ۳۶۰ درجه‌کامل حول‌محور طولی خود بچرخد،درصورتی که اگرعنق مثانه روبداخل برآمدگی‌پیدا کرده باشد نوك اسباب درحین‌چرخش خود بآن‌گیر کرده و برای آنکه بتواند به دوران خود ادامه دهد باید بیشتر از اول وارد مثانه شود . با اینوصف ازاندازه دخول‌مجدد اسباب برای امکان‌چرخش میتوان میزان برآمدگی عنق مثانه را در داخل این عضو معین کرد.

۶) - اورتروسکوپی(۱) - دراین‌آزمایش اگر تغییراتی‌درساختمان مجرای خلفی بوجودآمده باشد مشاهده خواهد شد.

۷) - معاینه داخل مثانه یا سیستوسکوپی (۲) - با معاینه آبدان بوسیله سیستوسکوپ‌تغییرات‌عنق‌آن که درحال‌طبیعی گرد و بدون‌برآمدگی وفرورفتگی است (قیفی شکل) تشخیص داده میشود . در آدنم غده وزی برآمدگی یك لب غده ویاهردولب‌آن‌بداخل‌مثانه‌مشهودو بنحوی‌است که‌منظره‌میدان‌سیستوسکوپ‌را تغییر میدهد ، بخصوص در نوع اخیر اغلب اوقات آنرا بشکل زاویه ای در میآورد که دوضلع‌آن را دولب پرستات تشکیل داده ، رأسش بپائین وقاعده اش

1 - Urètroscopie 2 - Cystoscopie

رو ببالا است .

۸) - اورترو گرافی (۱) - بعضی اوقات تنها وسیله تشخیص حفره های چرکی موجود در مجرای وزیی عکس برداری ازمجرا پس از تزریق ماده حاجب در آن خواهد بود.

آخرین اطلاعات درباره آزمایش پرستات

تغییرات هورمونهای خونی(۲) در بیماریهای پرستات — رساله پوژه و برژه(۳) که تحت نظر پرفسور سیبر(٤) درلیون نوشته شده است وجود هورمونهائی را در خون متذکر میشود که بنام فسفومنواستراز اسید و قلیائی (٥) موسوم و تغییرات آنها چنانچه ذیلا مشاهده خواهدشد در تشخیص افتراقی بیماریهای پرستات قابل توجه میباشند .

۱) — مقدار طبیعی فسفاتاز اسید درخون یك تا پنج میلی گرم ، ومقدار طبیعی فسفاتاز قلیائی دوتا پنج واحد بودانسکی است .

۲) — مقدار فسفاتاز اسید در پرستاتیت ها زیاد میشود، درصورتیکه در آدنوم پرستات و سرطان محدود آن هیچگونه تغییری نخواهد کرد (وسیله تشخیص پرستاتیت از سرطان محدود و بدون متاساز پرستات) .

۳) — مقدار فسفاتازاسید و قلیائی در سرطانهائی از پرستات که همراه با متاستاز باشند زیادتر ازطبیعی میگردد ،اما در سرطانهای سایر اعضاء درصورت سلامت بودن پرستات تغییری نخواهد کرد (وسیله تشخیص سرطان پرستات در متاستازهای سرطانی) .

٤) - پس از درمان هورمونال (٦) سرطانهائی از پرستات که همراه با متاستاز هستند مقدار فسفاتاز اسید و قلیائی تنزل کرده و نزدیك بطبیعی میگردد (وسیله تشخیص تأثیر معالجه) .

---

1 - Urètrographie 2 - Hormones sanguine 3-H.pugeat et R.Berger 4 - P.Cibert 5 - Phospho - mono - esterases acide et alcalin 6 - Trait.hormonal

بخش سوم

بیماریهای غده وزی

اول - آماس‌های غده وزی (۱)

آماسهای غده وزی در سنین کودکی نایاب، در دوران جوانی فراوان، و در ایام کهولت و پیری گاهگاهی دیده میشوند؛ اما در هر حال این دسته از عفونت‌ها را برحسب شدت علائم، سیر بیماری، و روش درمان بدو دسته حاد و مزمن میتوان تقسیم کرد.

۱ - آماس حاد غده وزی (۲)

علت و سبب - علل اصلی و واقعی آماسهای حاد غده وزی عوامل میکربی مختلفی هستند که پس از فراهم شدن زمینه مساعد یعنی پر خونی غده در اثر **علل مستعد کننده** مثل سرماخوردگی، دوچرخه‌سواری، اسب‌سواری، مقاربتهای مکرر و طولانی، جلق زدن، یبوست مزاج و بواسیر روی این عضو ثابت شده و آنرا مبتلا میسازند.

میکربهای مولد پرستاتیت بترتیب اهمیت عبارتند از استافیلوکوک، استرپتوکوک، کلی‌باسیل و گونوکوک که گاهی تنها و اغلب همراه با یکدیگر دیده میشوند. گذشته از اینها میکربهای دیگری نیز ممکن است در بروز این بیماری دخالت نمایند که بین آنها میکربهای غیرهوازی (۳) قابل ذکر میباشند.

راه ورود عوامل میکربی در غده وزی یا از طریق مجرای پیشاب (٤)، یا از راه عروق خونی (٥)، یا عروق انفاوی، و یا از راهی مستقیم و بدون واسطه است.

راه صعودی یا طریق مجرای پیشاب - بیشتر پرستاتیت‌های حاد در تعقیب

---

1 - Des Prostatites 2 -Prostatites aigues 3 - Anaérobies
4 - voie ascendante 5 -voie descendante

التهابهای پیشابراه و نفوذ میکرب در مجاری ترشحی غده نامبرده و رسیدن بآن پیشآمد میکنند . این قبیل التهاب‌های مولد پرستاتیت متعدد اما مهمترین‌شان آماسهای تازه سوزاکی هستند که در دوران معالجه بعلت شستشوهای بد (محلول غلیظ و با فشار زیاد) ، یا تقطیر داروهای غلیظ وسوزاننده و یا میل‌زدن مجرا موجب بروز این عارضه میگردند . بعلاوه گاهی هم اورترویت های مزمن سوزاکی ، یا آماس‌های حاصله از گذاردن میل متمکن ، یا میل زدن مجرا برای اتساع ، و یا بالاخره التهاب مجرای خلفی در نزد پرستاتیک‌ها زمینه را برای دخول میکرب‌در مجاری ترشحی پرستات و بروز یك پرستاتیت حاد فراهم میسازند .

راه عروق خونی و لنفاوی (۱) — در امراض عفونی مثل باد سرخ ، گننده طاول ، آبله ، سرما خوردگی و سایر بیماریهای چرك زا میکربهای مولد مرض از راه‌خون وارد غده‌وزی میشوند ؛ درصورتیکه درعفونت‌های روده‌ای‌و بخصوص راست روده از قبیل بواسیر های عفونی شده ، آماس های حاد مقعد (۲) ، شقاق‌ها(۳)ودملهای اطراف آن میکرب از راه عروق لنفاوی خودرا بغده مزبور میرساند .

راه مستقیم — بالاخره گاهی هم اسباب‌های مولد مجرای کاذب در ناحیه پرستاتیك ، ویا اجسام ضارب مولد زخم‌پرستات میکربهای مولد مرض را مستقیماً بدرون غده رسانده و موجب‌آماس حادآن میگردند .

آسیب‌شناسی - پرستاتیت های حاداز نظرضایعات کالبدشناسی سه‌مرحله‌مختلف زیررا طی میکنند .

۱) — مرحله التهاب دانه‌ای (٤) — دراین مرحله از بیماری حجم غده وزی بزرگتر از اندازه طبیعی ، رنگش قرمز ، سطحش نا مرتب ، قوامش سخت و شکننده بوده و مجاری غدد مشکله آن محتوی مایعی کدر و یا خون‌آلودند . در آزمایش ذره‌بینی محفظه غده‌ها (٥) نیزمقدار زیادی لوکوسیت بانضمام سلولهای

1- Voie sanguine et lymphatique 2-Rectites 3- Fissures 4-Prostatite folliculaire 5- Acinies .

اپیتلیال و میکربهای مختلف دیده میشود .

۲) ــ مرحله چرك كردن غده‌ها (۱) ــ درمقدمه این دوره نقاط زرد رنگ ومنتشری درضخامت غده وزی دیده میشوند که بتدریج بزرگتر شده : کانون‌های چرکی متعددی راتشکیل داده ، و پس از ارتباط بایکدیگر دمل کم یازیادبزرگی را بوجود میآورند .

دمل حاصله درپرستات ممکن است هر دو لب غده را فرا گرفته ، یا دریك لب آن ثابت مانده ، ویا تنها درقسمت کوچکی از یك لب آن محدود باشد . اما در هرحال بندرت اتفاق میافتد که دمل مزبور در جلوی مجرای ادرار واقع شده باشد در صورتی که اغلب اوقات در عقب آن واقع و گاهی هم مجرای نامبرده و مجاری انزالی را مانند طنابی ممتد در درون حفره خود میگیرد .

۳) ــ بالاخره مرحله نفوذ چرك بمحیط غده وزی (۲) ــ دراین مرحله یا چرك محتوی در دمل بتدریج پیشرفت نموده و نسوج سلولی محیط غده را مبتلا میسازد ، ویا یك لنفانژیت یافلبیت چرکی باعث انتشارعفونت بنسوج سلولی اطراف وپیدایش پری‌پرستاتیت میگردد . بالاخره فلگمن حاصله ازاین انتشار گاه بطرف عجان ، گاه بطرف ناحیه مغبنی یاگودال ایسکیورکتال (۳) ، وگاهی هم بسمت فضای رتزیوس(٤) وجدارقدامی شکم انتشار می‌یابد ؛ درصورتیکه دملهای پرستات بیشتر اوقات بداخل مجرا وپس ازآن بداخل مقعد و ندرتاً هم بداخل مثانه سرباز می کنند .

نشانی‌ها ــ نشانیهای پرستاتیت حاد درمراحل مختلفه آسیب‌شناسی متفاوت ودر انواع مختلفه آن نیز کمی با یکدیگر فرق دارند .

اینك شرح علائم پرستاتیت حاد سوزاکی که از اقسام دیگر پرستاتیت‌ها زیادتر دیده میشود :

پرستاتیت‌های حاد سوزاکی عموماً در دووان معالجه سوزاك ، و در تعقیب

---

1 - Abcès de la prostate 2 — Périprostatite

3 - Fosse ischio - rèctale 4 - Space de rétzius

شستشوها و تزریقات بد داخل مجرا (با فشار زیاد یا با غلظت زیاد) و یا میل زدنهای بیموقع و بدون احتیاط پیش‌آمد میکنند و هیچگاه هم قبل از دوازدهمین روز شروع سوزاك دیده نمیشوند.

شروع آماس حاد غده وزی یعنی شروع یك پرستاتیت دانه ای (۱) عموماً با لرزوتب و ناراحتی موضعی توجه بیمار را بخود جلب مینماید.

بیمار در ناحیه عجان و نشیمن سنگینی مختصری را حس میکند که بسرعت پیشرفت نموده، و تبدیل بدردهای کم یا زیاد شدیدی‌میگردد. دردهای مزبورهم که یا درجای خود ثابت ویا بطرف رانها و کمر انتشار می‌یابند باحرکت‌و نشستن روی‌موضع، ویا ملامسه ناحیه مبتلا برشد تشان افزوده میگردند.

گذشته از این درد وناراحتی، تکرر ادرار نیز مزاحم بیمار و شدتش گاه باندازه‌ای است که قدرت خودداری را از وی سلب نموده و بمحض پیدایش حس ادرار اورا مجبور بتخلیه مثانه مینماید (۲)، منتها طولی نخواهد کشید که این تکرر ادرار تبدیل به شاش‌بند کامل شده و بیمار را در موقعیت ناراحت کننده‌تری قرار خواهد داد.

برای تکمیل علائم‌عملی پرستاتیت‌های حاد باید متذکر شد که عمل گوارشی بیمار نیز مختل شده، اغلب اوقات یبوست مزاج پیدا کرده، و دائماً حس میکند که جسمی خارجی درمقعدش وجود دارد. بعلاوه هنگام اجابت مزاج هم احساس دردوزورو پیچی ناراحت کننده درمقعد مینماید.

بالاخره درموقع آزمایش بیمار ملامسه ناحیه عجان ومقعد دردناك، و در توشه رکتال‌هم که همراه‌بادرد شدیداست بزرگ بودن غده‌وزی‌ووجودهسته‌های سخت ومنتشری درسطح آن محسوس خواهد بود.

درهرحال اگرعارضه پرستاتیت‌دراثر معالجه ومراقبت‌های‌لازم رو ببهبودی برود کم کم درجه حرارت بیمار پائین‌آمده، دردهایش تخفیف یافته، ادرارش باز شده، ودرحدودروز پنجم تا هشتم حجم پرستاتش هم باندازه طبیعی برمیگردد.

---

1 – Prostatite folliculaire 2 – Miction impérieuse

اما برعکس اگر مراقبت‌های لازم بعمل نیاید پرستاتیت دانه‌ای رو بچرکین شدن رفته ودمل پرستات را بوجود خواهد آورد.

دمل پرستات (۱) – پس ازتشکیل دمل درپرستات درجه حرارت بین ۳۸تا ۴۰ درجه باقی مانده ، درد های موضعی شدت پیدا کرده ، واختلالات ادراری و ناراحتی‌های هنگام اجابت مزاج نیزبحد اعلای خود میرسند. درآزمایش بیمارهم علاوه بردردهای حاصله ازملامسه ناحیه عجان وتوشه رکتال حالات مختلفی دروضع پرستات دیده خواهد شد.

بعضی اوقات غده وزی تنها اختلافی که با دوره اولیه بیماری یعنی باپرستاتیت دانه ای پیدا میکند آنست که حجمش بزرگتر وقوامش نرمتر میگردد ، گاهی هم در اثر ارتباط کانونهای چرکی بیکدیگر توده نسبتاً نرمی‌را تشکیل میدهد، بالاخره درمواقعی هم که دمل موجوده بطرف راست روده نمو کرده باشد نوك انگشت داخل مقعد حلقه‌سختی راحس‌میکند که دروسطش توده‌نرم‌وفرورونده‌ای وجود دارد (این منظره پرستات عیناً شبیه است بدایره‌ای که پوست روی آنرا کاملا نکشیده باشند) . با اینوصف وبا درنظرگرفتن حالات مختلفه نامبرده بخوبی معلوم میشود که برای‌اطمینان ازوجودچرك درپرستات همواره‌نباید درانتظارحس تموج نشست.

خلاصه‌آنکه اگردمل پرستات بحال خود باقی گذارده شود دریك سوم از حالات بمجرای پیشاب و در سایرموارد در راست‌روده ، یا راست روده وپیشابراه، ویا بالاخره در مثانه سرباز میکند.

باز شدن دمل در مجرای پیشاب یا خود بخود ، یا بعلت زور زدن هنگام اجابت‌مزاج، ویا بعلت میل‌زدن مجرا اتفاق میافتد. این سرباز کردن خود بخودی گاهی منجر ببهبودی بیماری ، بیشتر اوقات منجر به مزمن شدن‌آن ، و گاهی هم بعلت ورود پیشاب و راه یافتن عفونت‌های ثانوی درحفره دمل موجب پیدایش یك ارتشاح ادراری میگردد.

---

1 – Abcès de la prostate

سرباز کردن دمل بداخل مقعد هم نظیر منفجر شدنش بداخل مجرا است ، اما سرباز کردن آن بدرون دوعضو مزبور (مقعد و مجرا) موجب پیدایش ناسور مقعدی پیشابراهی (۱) و عدم بهبود خود بخودی آن خواهد بود .

بالاخره اگر چرك دمل بعلت نفوذ مستقیم و یا پس از لنفانژیت وفلبیت چرکی جدار بنسوج سلولی محیط غده سرایت نماید علائم یك پری‌پرستاتیت یعنی مرحله سوم یك پرستاتیت حاد دامنگیر بیمار میگردد .

دوران پری‌پرستاتیت ـ دراین مرحله از بیماری گذشته ازشدت یافتن بدی حالت عمومی ، تغییرات موضعی بیماری نیز جلب توجه مینمایند .

در توشه رکتال بجای احساس دملی محدود ومشخص برآمدگی نسبتاً نرم نامحدودی محسوس است ، و برحسب آنکه چرك فلگمن هم بکدام جهت انتشار پیدا کرده باشد علائم دیگری نیز برآن افزوده میگردد ؛ چنانچه ممکن است برآمدگی‌دمل درناحیه‌قدامی عجان مشاهده شود که با دمل ادراری قابل اشتباه باشد ، یا بعلت‌نفوذ چرك فلگمن در گودال ایسکیورکتال(۲) برآمدگی‌مشخصی در ناحیه عجان و یکطرف خط وسط محسوس باشد ، و یا بالاخره چرك فلگمن بسمت فضای رتزیوس یا نواحی مغبنی و اوبتوراتریس (۳) منتشر شده و دملهای چرکینی را دراین نواحی ظاهر سازد .

بهرحال فلگمن منتشر مزبور نیز مانند دمل پرستات ممکن است بداخل پیشابراه یا مقعد ویا مثانه سرباز کرده وبهبودی کامل یابد ، یا آنکه مرکزانتشار عفونت وارتشاح‌ادراری گردد، ویاآنکه‌درصورت‌عدم‌اقدام‌لازم مولد یك‌سپتی‌سمی و یا بروزآمبولی(٤) شده و زندگانی بیماررا بخطر اندازد .

اشکال پرستاتیت حاد ـ بین‌اشکال‌مختلفه فوق حاد (شبیه‌بارتشاح ادراری)، حاد ، و تحت حاد این بیماری دو شکل قابل ذکری وجود دارد که یکی از آنها

---

1 — Fistule urèthro - réctale 2 — Fosse ischio - rectale
3 — Régions inguinale et obturatrice 4 — Embolie.

پرستاتیت تحت حاد و همراه با پری پرستاتیت ، و دیگری پرستاتیت حاد پیر مردان است .

اهمیت شکل اول این پرستاتیت از آن نظر است که در توشه رکتال شباهت کامل بسرطان آن دارد ، زیرا دراینمورد هم حجم پرستات بزرگتر ازاندازه طبیعی و قوامش سخت تر شده ، حدودش نیز نامعلوم و در سطحش هم دانه‌های متعددی دیده میشود ؛ اما سن متوسط بیمار ، دردهای موجوده در پرستات ، سابقه عفونت مجرا ، و گاهی هم وجود تب موجب تشخیص پرستاتیت از سرطان خواهد بود.

ارزش شکل دوم یعنی پرستاتیت پیرمردان نیز از آن جهت است که نزد آنان و بخصوص مبتلایان بعظم غده وزی علائم پرستاتیت ناچیز بوده وعموماً باختلالات ادراری مربوط بآدنم نسبت داده میشوند ، چنانچه تب خفیف بیمار را بعلت عفونت ادراری ، وناراحتی‌های هنگام ادرارش را بعلت بزرگی غده تصور مینمایند ؛ در صورتی که اگر کوچکترین توجهی بامکان بروز چنین حادثه‌ای داشته باشند تنها یك توشه رکتال وجود دمل را در پرستات ثابت نموده و مانع از این اشتباه غیر قابل جبران خواهد شد . بهمین جهت و برای جلوگیری از این عدم توجه گویون وزگوند (۱) میگویند « همانطور که گوش کردن هرروزه قلب بیمار رماتیسمی لازم است توشه کردن هر روزه بیمار مبتلا بعظم غده وزی نیز واجب میباشد » همچنین « نزد بیماری پرستاتیك که علائم عفونت ادراری را نشان میدهد چنانچه گذاردن میل متمکن موجب بهبود حالت عمومی نگردد باید بفکر یك پرستاتیت اضافی افتاد » .

عوارض ـ عوارض پرستاتیت های حاد نسبتاً فراوان بوده و در دوره‌های مختلف بیماری بصور مختلف جلب توجه مینمایند .

مهمترین عوارض دوران برقراری بیماری عبارتند ازآماس مثانه ، آماس سیاه رگها ، ارتشاح ادراری ، وعفونتهای چرکی دیگر.

عوارض دوران بهبودی که عموماً بعلت بدی معالجه پیشآمد میکنند عبارتند

1- Guyon et Segond

ازمزمن‌شدن بیماری و بروزفیستول‌های متعدد ازقبیل‌فیستول‌های‌عجانی‌پیشابراهی یا مقعدی پیشابراهی .

بالاخره عوارض پس از بهبودی کامل بیماری نیزنسبتاً فراوان و عبارتندار ناتوانائی جنسی، وانزال دردناك کـه بعلت پیدایش نسوج تصلبی در مجرای خلفی دامنگیر بیمار میگردند .

سیر وعاقبت ـ سیر پرستاتیت‌های‌حادنسبتاً سریع‌وعاقبتشان‌درمراحل‌مختلف مختلف خواهد بود اما بطورکلی هرچه‌که بمرحله پری‌پرستاتیت نزدیکتر شوند وخیمتر و خطرناکتر میگردند.

تشخیص ـ پرستاتیت حاد ازنظرنشانیهای عملی‌ممکن است با آماس‌مثانه، آماس مخازن منی ، و تنگی مجرای پیشاب اشتباه گـردد ؛ امـا از نظر عـلائم فیزیك و تغییرات موضعی گاهی با سل و زمـانی با سرطان پرستات قابل اشتباه خواهد بود .

درآماس سوزاکی‌مثانه تکرر ادرار و درد آخر ادرار فوق‌العاده، و بیشتر اوقـات خونریزی ادراری نیز (۱) جالب توجه میباشد . برعکس در پرستاتیت‌هـا تکـرر ادرار کمتر و عمومـاً آمرانـه (۲) ، درد آخـر ادرار ناچیز ، و خونریزی ادراری هم‌وجود ندارد ؛ بعلاوه‌آزمایش ازداخل مقعد نیز به‌تشخیص بیماری کمك خواهد کرد .

درآماس سوزاکی مخازن منی تکررادرار دیده‌میشود، اماتوشه رکتال‌هم وجود جسم گلابی شکل متورمی را در بالای پرستات ثابت‌مینماید .

درضیق‌هائیکه بطور ناگهان محتقن میگردند احتباس ادراری موجود اما انجام یك توشه‌رکتال ومیل‌زدن مجرا برای خالی کردن مثانه‌علت‌اصلی‌شاش‌بند را معین خواهد کرد .

درسل غده پرستات گذشته ازعوارض سلی دیگرآن شدت علائم ، وآن‌سیر

1 – Cystite hémorragique 2 – Impérieuse

سریع پرستاتیت‌هم دیده نخواهد شد .

بالاخره در تشخیص پرستاتیت حاد از سرطان پرستات عوامل مختلفه سن متوسط بیمار ، پیشرفت سریع بیماری ، بدی حالت عمومی ، و درد و تب موجوده در پرستاتیت عوامل مؤثری میباشند .

درمان – هنگام بروز پرستاتیت حاد سوزاکی که اغلب اوقات هم در حین درمـان سوزاك اتفاق میافتد نخست باید شستشوی مجرا و یاتقطیردرآنراموقوف کرده و سپس بدرمان اصلی این عارضه پرداخت .

در مرحله اول بیماری یعنی در **پرستاتیت فولی کولر** استفاده از حـمامهای موضعی گرم ، تنقیه‌های آب گرم محتوی لودانم یاآنتی پیرین ، وبالاخره شیافهای مسکن برای تسکین درد و تکرر ادرار کافی بوده و احتباس ادراری را مـرتفع خواهد کرد (اگر انجام دستورات مزبور در رفع شاش‌بند مؤثر واقع نـگردد یـا بزل مثانه نموده و یـا پس از شستن کامل پیشابراه با محلولی ضد عفونی کننده و رقیق مجرا را بملایمت میل زده و مثانه را خالی می کنند) . استعمال داروهای ضد عفونی کننده عمومی و بخصوص سولفامیدها و پنی‌سیلین هم برای رفع عفونت کمك مؤثر و معالج اساسی میباشد . بالاخره در پایان دوره حـدت هم ماساژ هـر روزه پرستات (مقداری ازمحلول یك درچهارهزار پرمنگنات دوپتاس را در مثانه‌داخل نموده و به بیمار دستور میدهند که پس از ماساژ پرستات‌آنرا ادرار کند) موجب سرعت بهبودی و رفع عفونت خواهد شد .

حال اگر با درمانهای پزشکی نـامبرده آماس پرستات رو به بهبودی‌نرود، ویا خود بیمار درمرحله دوم‌بیماری یعنی **پس از تشکیل دمل پرستات** مراجعه‌نماید بهترین راه معـالجه باز کردن دمل از طـریقی متناسب میباشد . معذالك بعضی از متخصصین معتقدند که اگر درمان پزشکی‌را تا سرباز کردن خودبخودی‌دمل‌ادامه دهندبازهم‌بهبودی کامل‌نصیب بیمار خواهدشد. درهرحال‌اگرپس‌ازچندروزی‌انتظار دمل‌پرستات‌خودبخودسرباز ننمایدو حالت‌عمومی بیمارهم‌رضایت‌بخش‌نباشد، یا پس‌از سرباز کردن خود بخودی بهبودی کامل‌نیابد ، یا کوچکترین حدثی در باره امکان

بروز پری‌پرستاتیت زده شود ، ویا بالاخره پری‌پرستاتیت نیزضمیمه پرستاتیت‌شده باشد بحکم اجبار و بدون تأمل دمل‌را باید شکافت .

شکافتن دمل گاهی ازراه عجان و بیشتر اوقات ازراه مقعد انجام میشود . در حالت اول پس ازبرش ناحیه عجان ورسیدن‌بغده وزی دولوب آنرا باز و بیکدیگر مربوط نموده ، ویك درن لاستیکی درآن محل میگذارند . اما درحالت دوم یعنی درمواردیکه دمل بداخل مقعد برآمدگی پیدا کرده است آنرا بانوك انگشت ویابا نوك چاقو باز مینمایند . در طریقه اخیر تیغه چاقو را بوسیله یك ورقه گازیانوار چسبی ازبریدن مانع شده ، ونوك آنرا باانگشت تابرآمدگی دمل هدایت میکنند (اگر دمل پرستات بداخل مجرا سرباز کرده است دیگر ازراه مقعد نبایدباز شود، زیرا این عمل خود موجب پیدایش ناسور مقعدی پیشابراهی که بزحمت معالجه‌پذیر است میگردد) .

بالاخره اگردمل‌پرستات درعین حال‌هم بمقعد وهم بداخل مجرا، ویابداخل مجرا و ناحیه عجان سرباز کرده ، ویا پس ازعمل بدین صورت درآمده باشد راه معالجه درمان ناسور حاصله خواهد بود .

در ناسورهای مقعدی پیشابراهی نخست بوسیله میل متمکن ، و در صورت عدم موفقیت بباز کردن مسیر فیستول ازناحیه عجان وشکافتن کامل حفره دمل اقدام میکنند ؛ واگر هم دمل مزبور موجب بروز عفونت در مثانه و مجرا شده باشد بهترین راه علاجش باز کردن مثانه وشکافتن حفره دمل ازداخل آن خواهد بود . درناسورهای عجانی پیشابراهی نخست‌ازراه‌عجان جدارقدامی مقعد راتا نزدیکی‌مثانه ازمجرای ادرار جدا کرده‌وقسمتی ازآنراکه در زیر ناسور واقع‌شده برمیدارند. سپس لبه بالائی و باقیمانده آنرا بپایین کشیده و بعاصره مقعدی و پوست مخرج می‌دوزند. بالاخره برای‌تکمیل عمل‌هم ممکن است ناسور مجرائی رابرداشته و دو سر مجرای باقیمانده رابیکدیگر بخیه کنند (۱)

1- Urètrorraphie circulaire

۲ـ آماس های مزمن غده وزی (۱)

تعریف ـ منظور از آماس کهنه غده وزی التهاب و عفونت مزمن غده ایست که دولب آن درطرفین مجرای خلفی پیشاب واقع، ودرتوشه رکتال قابل ملامسه میباشد . معذالك باید دانست که بیشتر اوقـات عفونت غدد محیطـی مجرای خلفی پیشاب (۲)هم بااین کسالت همراه ودر بروز نشانی های حاصله از آن شرکت مینماید .

علت و سبب ـ همانطور که درآماس حاد غده وزی گفته شده بیشتر پرستاتیت های مزمن نیز بعلت سوزاك مجرا عارض می شوند، منتهایااین سوزاك مجرا قبلا پرستاتیت حادی (پرستـاتیت فولیکولر یا دمل پرستات) ایجاد نموده که در اثر خوب معـالجه نشدن مزمن میشود ، و یا بهمان نحو که سوزاك مجرا رو به ازمان میرود یك آماس مزمن غده وزی هم باآن تشکیل شده و به پیشرفت خود ادامه خواهد داد . با این وصف بخوبی میتوان فهمید که هر عاملی که موجب بروز پرستاتیت حاد و یا ادامه پیدا کـردن سوزاك باشد میتـواند مولد آماس مزمن غده نامبرده نیزواقع گردد، چنانچه احتقان های شدید ومداوم پرستات در دوره سوزاك (بعلت اسب سواری ، دوچرخه سواری، مقاربتهای طولانی ومکرر ، واستمناء)، بد معالجه کردن یاناقص معالجه کردن سوزاك ، تنگی های مجرای پیشاب ، و بالاخره ضعف مزاج شدید و لنفاتیسم ازعوامل مؤثر در بروزپرستاتیت مزمن میباشند .

گذشته ازسوزاك مجرا عوامل دیگری که نیز ممکن است در بروز آماسهای مزمن غده وزی دخالت نمایند مهمترینشان عبـارتند ازمیل زدن های مکرر مجرا، گذاردن میل متمکن ، ضربه های وارده بغده وزی ، عفونت های روده‌ای و عظم غده وزی (همانطوریکه آدنوم پرستات در بروز آماس مزمن غده وزی دخالت دارد آماس مزمن غده مزبور نیز در بروزآدنم پری اورترال مؤثر خواهد بود) .

درهر حال عوامل میکربی مختلفی که در بروزعفونت مداخله دارند بترتیب اهمیت استافیلو کوك، استرپتو کوك، کلی باسیل، گونو کوك، و بعضی اوقات میکربهای

1- Prostatites chroniques 2- Glandes périurètrales laterales

غیر هوازی میباشند .

آسیب شناسی - ماریون ضایعات آسیب شناسی پرستاتیت های مزمن را پس از برداشتن غده های مبتلا باشکال غیر قابل علاج بیماری ، و یا پس از اتوپسی مبتلایانیکه‌در اثر کسالتهای‌دیگری‌در گذشته‌اند مطالعه‌نموده و آنهارا برحسب‌شکل ضایعاتشان به‌پرستاتیت های فولیکولر ، پرستاتیت های چرکی ، وپرستاتیت‌های تصلبی تقسیم کرده است .

درپرستاتیت های فولیکولر حجم غده وزی بزرگتر ازاندازه طبیعی ،رنك درونیش قرمز خاکستری وآسینی هایش محتوی مایعی کدر وخون آلود ومملواز لوکوسیت‌هاوسلول های اپیتلیال بانضمام میکرب های مختلف میباشد .

درآماس های چرکی پرستات حجم‌غده مزبور بزرگترازاندازه طبیعی‌شده و در نقاط مختلفش کانونهای چرکی متعددی دیده میشود . هنگامی هم‌که این کانون‌های چرکی بایکدیگرمربوط شده وتشکیل‌دملی‌را بنمایند درتوشه رکتال محسوس وقابل ملامسه میباشند .

بالاخره درشکل سوم یعنی درشکلی از پرستاتیت که رو به بهبودی میرود نسوج تصلبی در پرستات تشکیل شده ، و بعلت تحت فشار گذاردن لوله های ترشحی موجب اتساع آسینی ها و تبدیل شدنشان بکیسه های کم یا زیاد بزرگی میگردد .

نشانی‌ها - بیماران مبتلا بآماس مزمن غده وزی بعلل مختلفی ممکن است مراجعه نموده واز ناراحتی های گوناگونی شکایت داشته باشند ؛ اما روی همرفته نشانی های مورد شکایت آنان یاحس درد و ناراحتی در ناحیه عجان ، یا اختلالات ادراری ، یاترشحات چرکی دائم و یا متناوب ، یا اختلالات تناسلی ، و یا اختلالات عصبی میباشندکه شدت یافتن هریك از آنها موجب پیدایش شکل مخصوصی از بیماری خواهد بود .

ناراحتی های محسوسه درناحیه عجان‌ممکن است‌بشکل سنگینی یاحرارت موضعی ویا درد واقعی بوده وگاهی هم بنواحی مختلفه آلت ، مقعد ، رانها ، و یا

مفاصل ساکروایلیاك انتشار یابند .

اختلالات ادراری پرستاتیت های مزمن تکرر ادرار ، کم شدن پرش ادرار و باریك شدن یاتغییر شکل پیدا کردن آنند . تکرر ادرار موجوده اغلب روزانه و عموماً آمرانه (۱) است ، امـا سایر تغییرات مزبور تقریباً همیشگی و پیشرفت زیادی شان هم بعلت بزرگی غده و پرخونی آن ، ویاحالت عصبی بیمار منجر بشاش بند کامل ویا ناقص میگردد .

علامت مهـم دیگری که بیشتر اوقات توجه بیمار را بخود جلب نموده و یا شکایت واقعی اورا تشکیل میدهدترشحات دائم یامتناوبی هستند که منشاء پیدایششان آماس مزمن مجرا ویاپرستاتیت مزمن میباشد .

در حالت اول ترشحات مـوجوده چرکین و عمومـاً قبل از ادرار کردن و یا در فواصل آن لبـاس بیمار را آلوده میسازند ، اما ترشحات دسته دوم شیری رنك و اغلب بموقع اجابت مزاج ویاآخر ادرار ، و گاهی هم بدون توجه وخود بخود دفع میشوند (۲) . دفع ترشحات پرستاتیت ازمجرا علاوه برآنکه روحیه بیمار رامتزلزل مینماید گاهی هم مسبب ضعف آنی وخستگی فراوان میگردد .

اختلالات تناسلی مـوجوده در پرستاتیت مزمن باشکال مختلف در میآیند چنانچه بیماران مبتلا باین عارضه گاهی از نعوظ های مکرر و طولانی و بخصوص نوع شبانه آن که بیشتر هم منتهی بانزال میشوند شکایت دارند ، گاهی بر عکس از ناقص بودن نعوظ یانبودن آن و ناتوانائی کامل رنج میبرند، و گاهی هم ازسرعت انزال ویادرد موجوده بهنگام انزال مینالند .

بالاخره چون هریك از علائم نامبرده بنحوی مسبب ناراحتی بیمار میشوند، وترشحات موجوده درمجرا هم وی رانسبت بخود بدبین نموده وفکرش را متوجه دستگاه تناسلی و مسری بودن بیماریش میسازندنامبرده روحیه‌ای متزلزل پیدا کرده ودربحر افکاری در هم وبرهم غوطه‌ور میگردد . دائما فکر میکند ، از معاشرت با اطرافیان خود داری مینماید ، وروز برشدت ناراحتیهایش افزوده میشود تا آنجا

1- Miction impérieuse 2- Prostatorrhé

که بضعف عصبی مبتلا شده، وخستگی روحی فوق‌العاده شدیدی بروجودش مستولی میگردد. بالاخره تأثیر بد بیماری اولیه درحالت عمومی، وتأثیر غیر قابل پرهیز حالت عمومی در روی بیماری اصلی موجب آن میشوند که بیمار مبتلا به پرستاتیت مزمن مرتباً رنجورتر وعلیل‌تر گردد.

نتیجه معاینه بیمار یا علائم فیزیك - ۱- علاوه بر ترشحات موجوده در مجرا که یا خودبخود ویا پس‌ازمالش‌این‌عضو دیده میشوند، ادرار بیمار نیز در گیلاس سوم دارای فیلامان‌های سنگین میباشد.

۲- درتوشه رکتال حجم‌پرستات بزرگتر ازاندازه طبیعی، حدودش‌مشخص، سطحش عموماً نامرتب، وقوامش نرمتر ویا مختصری سختتر ازمعمول است؛ بعلاوه اگر دمل‌های کوچك‌موجوده درپرستات‌هم بمجرا سر باز کرده باشند هنگام‌فشار روی آن‌مواضع نوك انگشت کمی فرو خواهدرفت. خلاصه بیمار تحت آزمایش درتمام مدت توشه رکتال کم یا زیاد احساس درد وناراحتی نموده وگاهی‌هم فشار روی‌مجرای خلفی یعنی روی ورومونتانم(۱) باندازه‌ای‌اورامعذب مینماید که کاملا عصبانی میشود.

۳- درمیل زدن مجرای پیشاب جز حساسیت و درد ناحیه پرستاتیك علائم دیگری مشاهده نخواهد شد.

٤- در اورترو گرافی پس از تزریق داروی حاجب ممکن است حفره های کم یا زیاد بزرگی درپرستات کشف گردد.

٥- بالاخره دراورتروسکوپی‌ضایعات مربوط بالتهاب‌مجرای‌خلفی وگاهی هم سوراخ دملهای موجوده درپرستات دیده خواهند شد.

سیروعاقبت - سیر پرستاتیت‌های مزمن طولانی وخسته کننده،وخودشان‌هم نسبت بمعالجه سرکش هستند.

پرستاتیت های مزمن نه‌تنها خود بخود بهبودی نمییابند، بلکه بعضی اوقات درمانهای جدی ومرتبشان هم مثمر ثمر واقع نشده و درعین اینکه پزشك معالج

1- Veru montanum

تصور بهبودی و یادرمان کاملشان را مینمایدمجدداً برمیگردند. بدین ترتیب ملاحظه میشود که عاقبت پرستاتیت های مزمن چندان رضایت بخش نمیباشد زیرا علاوه بر آنکه موجب زحمت و ناراحتی همیشگی بیمارند، اورابسوی عصبانیت و نوراستنی کشیده و موجب بروز عظم غده وزی نیز میگردند.

عوارض - مهمترین عوارض آماس مزمن غده وزی برقراری وعودالتهاب مزمن مجرا ، ضایعات مجاری انزالی ومخازن منی یااپیدیدیم ، عفونتهای مثانه ، و بالاخره سل پرستات میباشند.

تشخیص - سنگینی یادرد ناحیه‌عجان ، وجودقطره چرك صبحانه ، وخروج مایعی شیری رنك ازمجرا پس ازاجابت مزاج یا در آخر پیشاب که علت مراجعه اغلب بیماران مبتلا به‌پرستاتیت مزمن میباشند فکر را متوجه این‌بیماری مینمایند ؛ اما برای تشخیص‌قطعی و تعیین‌علت اصلی این‌عارضه بایداز آزمایش کامل بیمار یعنی انجام توشه رکتال ، اورتروسکوپی ، اورتروگرافی ، وتجزیه ترشحات حاصله ازماساژ پرستات که در آن دانه های کوچك نشاسته ای بنام سمپکسیون دوروبن (۱) دیده میشود استفاده نمود.

درغیر اینصورت ممکن است یك پرستاتیت مزمن را با بیماریهای دیگری ازقبیل اورتریت مزمن ساده ، عظم غده وزی ، سرطان وسل وآتونی غده وزی، سیستیت ، وبالاخره پرستاتیت‌های کاذب اشخاص نوراستنیك اشتباه کرد.

دراورتریت مزمن ساده تنها یك‌توشه رکتال وجود یا عدم پرستاتیت مزمن را ثابت مینماید.

درعظم غده وزی (آدنم‌غددمحیطی‌مجرای‌خلفی) مسن‌بودن بیمار، دردناك نبودن غده درتوشه رکتال ، وفقدان ترشحات‌چرکین پس ازماساژ پرستات‌موجب سهولت تشخیص میباشند (اگرعظم‌غده‌وزی باپرستاتیت مزمن همراه‌باشد شباهت کاملی باسرطان‌این‌عضو پیدا خواهد کرد زیرا دراین‌قبیل موارد نه‌تنها سطح‌غده نامبرده مرتب نیست بلکه حدودآن نیز غیرمشخص وسن بیمارهم متناسب ابتلاء

1– Sympections de Robin

بهردو بیماری خواهدبود. معذلك وجود سابقه يك‌اورتريت ، دردناك‌بودن پرستات درتوشه رکتال ، و از بین رفتن هسته‌های سطحی آن پس از چند جلسه ماساژ از عواملی هستند که موجب تشخیص پرستاتیت‌مزمن میگردند. درهرحال باید متوجه بود که بیشتر این‌قبیل پرستاتیت های مزمن سرطانی بوده وخطرناك ميباشند) .

درسل غده وزی که بیشتر اوقات‌یکطرفه بوده وهسته‌های آنهم بزرگتر و سختتر از هسته‌های پرستاتیت‌مزمن‌میباشند‌ترشحات خونین حاصله ازماساژپرستات، وضایعات سلی سایر اعضاء دستگاه تناسلی یا ادراری وسیله تشخیص خواهند بود.

درآتونی‌پرستاتیك(۱) که‌علائمی نظیر پرستاتیت مزمن دارد حجم غده‌وزی بزرگتر از اندازه طبیعی وقوامش‌نرمتربوده، وپس ازماساژآن‌هم مقدار زیادی مایع باخواص طبیعی دفع میگردد. بعلاوه در اورتروگرافی هم وجود هیچگونه حفره‌ای که بتواند خروج این مایعات فراوان را تعبیر نماید دیده نخواهد شد.

بالاخره تشخیص آماس مثانه و وجع اعصاب‌لگن(۲) نیز ازپرستاتیت‌مزمن آسان و با اندازه گرفتن ظرفیت مثانه و آزمایش غده‌وزی ازراه مقعدکاملا میسر خواهد بود

درمان ـ چون طولانی‌بودن دوره پرستاتیت های مزمن وعود مکرر آنها روحیه مبتلایان را متزازل و بمراجعه بپزشکان متعدد وادارشان میسازد ، لذا در برخورد با اینگونه بیماران و قبل از اقدام بهر نوع درمانی باید درنهایت صبر و بردباری شرح حال خسته کننده آنانرا شنیده ، وسپس با انجام آزمایشهائی دقیق اطمینانشان‌را جلب‌نمود تا شاید بدین‌وسیله ورعایت روش صحیح درمانهای عمومی وموضعی موفقیتی حاصل کرد.

درمان عمومی پرستاتیت های مزمن - ۱ - باید روحیه مبتلایان باین بیماری راتقویت کرده، توجهشان‌را ازدستگاه تناسلی منحرف نموده ، وبآنان فهماند که بیماری‌غیرقابل‌علاجی‌ندارندامادرضمن امکان عود بیماری ویا طولانی بودن دوره درمان‌را نیز گوشزدشان کرد.

1- Atonie de la prostate 2- Nevralgie pelvien

اگر در ترشحات غده وزی و مجرایشان گونوکوکی وجود ندارد بآنان اطمینان داد که مسری نبوده، وحتی میتوانند ازدواج نمایند؛ واگر ترشحات نامبرده حاوی گونوکوك هم باشد بتأثیر معالجه در از بین بردن آنها امیدوارشان کرد. بالاخره اگر ترشحات غده وزی را ترشحات منی میدانند بوسیله آزمایش ذره بینی بآنان ثابت کرد که مواد نامبرده محتوی نطفه نبوده، و بالنتیجه ترکیبات مقوی وغذائی بدنشان نیست که دفع میگردد.

۲- باید بهداشت عمومی وغذائی وهمچنین تناسلی آنانرا رعایت نمود یعنی بآنان توصیه کرد که ازخستگی های فکری وجسمی بپرهیزند، ازدوچرخه سواری و اسب سواری و سایر وسایل احتقانی غده وزی دوری کنند، درمنازلی متناسب زندگی کرده و درصورت لزوم تغییر آب و هوا دهند، اجابت مزاجشان را مرتب نگه دارند، وبالاخره اگر بیماری قابل سرایتی ندارند ازمقاربت خودداری ننمایند (مقاربت های مرتب، کامل وسریع) تاآنکه بدینوسیله نیز ترشحات غده وزی خارج شده وحالت عمومیشان را بهبودی بخشد.

۳- باید باتجویز داروهای مقوی حالت عمومی مثل ارسنیك، کنکینا، فسفر، استریکنین، وروغن ماهی این بیماران را تقویت کرده وبرای تسکین دردها وتکرر ادرارشان نیز از استعمال دارو های مسکن عمومی و موضعی (استحمام عمومی و بخصوص حمام های موضعی گرم؛ تنقیه های آبگرم ومحتوی یکی دو گرم آنتی پیرین، یا یك گرم ارگوتین، ویا ۱۰ تا ۲۰ قطره لودانم؛ شیاف های مسکن محتوی بلادون و ژوسکیام وتریاك؛ و بالاخره جریان هوت فرکانس(۱) که ازمقعد عبور نماید) نهایت استفاده را کرد. همچنین برای تسلی خاطر این مبتلایان ممکن است از بعضی داروهای ضد عفونی کننده عمومی استفاده نمود منتهی باید دانست که تنها بین این داروهای ضدعفونی کننده بنزوآت دوسود میتوانند ازسوزش ادرارآنان بکاهد.

درمان موضعی- ۱- اگر التهاب مزمنی درمجرای پیشاب وجود ندارد وتنها یك پرستاتیت مزمن است که موجب شکایت بیمار ومراجعه وی میباشد روش درمان

1- Courant de haute fréquence

موضعی ماساژ پرستات خواهد بود .

طریقه ماساژ ـ برای مالش دادن غده پرستات که هر یک یا دو روز در میان باید انجام پذیرد اولا مثانه بیمار را از محلول ضد عفونی کننده ای مثل پرمنگنات دوپتاس (در صورتیکه گونوکوك وجود داشته باشد) یا اکسی سیانور دو مرکورز (در صورتیکه میکربهای دیگری در کار باشند) پر میکنند. ثانیاً هر یک از لبهای پرستات را جداگانه از بالا بپائین و از خارج بداخل با فشاری متوسط و مجموعاً بمدت دو سه دقیقه با انگشت سبابه مالش میدهند . ثالثا بیمار را وادار میکنند که داروی ضد عفونی کننده موجوده درمثانه خود را ادرار نماید . رابعاً گرچه ادرار کردن بدین طریقه ترشحات حاصله از ماساژ پرستات را خواهد شست اما برای تکمیل عمل یکمرتبه دیگر هم شستشوی مجرا و مثانه را پس از پیشاب کردن تجدید می نمایند .

مدت این درمان موضعی برحسب نوع پرستاتیت و واکنشی که نسبت بمالش نشان میدهد فرق میکند، اما بطور کلی اگر آماس پرستات بنحوی باشد که درمالش آن ترشحی خارج نگردد ، و یا پس ازچند جلسه مالش ترشحاتش خاتمه یابند از این طریق معالجه باید صرفنظر کرد.

۲ـ اگر علاوه بر پرستاتیت مزمن التهاب مزمن مجرا نیز وجود داشته باشد درمان موضعی نامبرده را بادرمان یك اورتریت مزمن یعنی شستشوی مرتب ، میل زدن و مالش مجرا روی میل، و یا بهتر اورتروسکوپی و سوزاندن غدد آماس یافته توأم باید کرد.

۳ـ اگر در ترشحات پرستات و مجرا گونوکوکی وجود نداشته باشد گاهگاهی معالجه را قطع نموده و به بیمار استراحت میدهند ، زیرا عموماً این قبیل پرستاتیت ها عود کننده بوده و درمانشان طولانی و خسته کننده خواهد بود .

٤ـ بالاخره اگر از درمان های پزشکی و معالجات موضعی بموقع نتیجه ای عاید نگردد تنها راه موفقیت درمان جراحی خواهد بود. این عمل جراحی در سه مورد زیر اجباری و غیرقابل پرهیز است.

الف ـ هنگامی که با وجود محرز بودن پرستاتیت مزمن علائم و آثار یك عظم غده وزی نیز ظاهر شوند. دراین صورت مثانه را باز کرده و غده مبتلا را کاملا برمیدارند .

ب- موقعی که معالجات پزشکی و درمانهای موضعی مؤثر واقع نشده و اورتروگرافی‌هم وجودحفره‌های چرکینی‌را درپرستات ثابت نماید. دراین‌صورت دهانه دملهای نامبرده‌را که درمجرای خلفی واقعند با جرقه الکتریکی گشاد کرده و اگر ازآن‌هم نتیجه‌ای نگرفتند از راه مثانه اقدام جدی مینمایند.

ج- بالاخره‌وقتیکه‌مالش پرستات‌موجب‌اتمام ترشحات موجوده دراین عضو وخشک کردن آنها نگردد. دراینصورت‌هم راه اساسی وصحیح معالجه باز کردن مثانه و درآوردن غده پرستات خواهد بود.

آخرین اطلاعات درباره آماس‌های پرستات

دو نکته راجع بدرمان پرستاتیت‌ها.

۱- گرچه تأثیرپنی‌سیلین‌دردرمان‌پرستاتیت‌های حادسوزاکی‌وغیرسوزاکی غیرقابل‌انکاراست (روزی۱۰۰ یا۲۰۰هزار واحد درمدت ۳ تا۶روز) اما باوجود این طبق ابسراوسیون‌های متعددی که در اکتبر ۱۹۴۷ در مجله طبی انگلستان منتشر نموده‌اند بعضی اوقات در دوره سوزاکهای حاد و حتی آنهائی هم که با سولفامید و پنی‌سیلین معالجه شده باشند (بدون معالجه موضعی) پرستاتیت تحت حاد و یا مزمن باقی مانده‌ای (۱) ظاهر میشود که موجب ادامه ترشح شده (این ترشحات فاقد میکرب بوده ویا تنها حاوی میکربهای معمولی هستند) و تنها با ماساژهای یك‌روز درمیان ومداوم پرستات بهبودی مییابند.

۲) — طبق گزارش لوئی میشون (۲) در ژوئیه ۱۹۴۸ برداس (۳) الکترود نرمی‌بشکل انگشتی‌جهت درمان پرستاتیت و وزیکولیت تعبیه نموده که درعین‌حال هم با آن پرستات و وزیکول‌سمینال را مالش میدهند و هم ازآن استفاده معالجه برقی پرستاتیت را مینمایند.

روش عمل ـ شخص عامل پس از پوشیدن یك انگشتی لاستیکی انگشتی نامبرده را روی آن کشیده و مدت پنج‌شش دقیقه پرستات و یا ویزیکول سمینال را مطابق معمول‌مالش میدهد. شدت جریان ۱۰۰ تا ۲۵۰ میلی‌آمپروتعداد جلسات درحدود ۱۲ جلسه خواهد بود (نتیجه عمل رضایتبخش است).

1- Prostatite residuelle subaigue ou chronique

2- Louis Michon 3- Bordas

دوم ـ عظم غده وزی (۱)

تعریف ـ ازدیاد حجم و رشد زیاده از حد غدد ترشحی و محیطی مجرای خلفی پیشاب(۲) غده کم یازیاد بزرگی را درمجاورت عنق‌مثانه بوجود میآورند که نام صحیح آن آدنم پری اورترال است ؛ اما چون قدما پیدایش این تسومور را مربوط به بزرگ شدن غده وزی میدانستند ، و متجددین نیز باین نام‌گذاری غلط آشنا میباشند بیماری مزبور هنوز هم بنام آدنم‌پرستات و یاعظم غده وزی نامیده میشود .

علت و سبب ـ عوامل مؤثر در پیدایش عظم غده وزی را بدو دسته مستعد کننده واصلی میتوان تقسیم کرد .

علل مستعد کننده (۳) ـ عوامل‌مستعد کننده دراین‌بیماری متعددومهمترینشان عبارتند ازالتهاب‌های‌مجرای‌خلفی ، آماسهای غده‌وزی ، تنگی‌های مجرای‌پیشاب، سنگهای مثانه ، تصلب شرائین ، سیفلیس ، و بالاخره کبر سن که بین آنها التهاب مزمن مجرای خلفی و کبرسن حائز اهمیت فوق‌العاده بوده و در بروز این بیماری دخالت غیرقابل انکاری دارند .

عظم غده وزی عموماً از پنجاه سالگی ببالا ظاهر شده واز ۶۰سالگی ببالا بحد اعلای وفورخود خواهد رسید ؛ وچنانچه درسابقه مبتلایان بآن دقت کافی بعمل آمده ودرآزمایششان نیز سهل‌انگاری نگردد مبتلا بودن بیشترشان بالتهاب‌مزمن مجرا وحتی‌آماس خود غده وزی نیز محرز ومسلم میگردد .

علل اصلی و واقعی (۴) ـ راجع‌باین دسته ازعوامل‌دوفرضیه مختلف‌وجود دارد که یکی ازآنها فرضیه عفونت و دیگری فرضیه سرطانی است.

1—Hypertrophie de la prostate 2—Glandes péri-urètrales 3- Causes occasionnels 4 - Causes déterminentes ·

بنا برفرضیه اول مجاری ترشحی غدد محیطی مجرا بعلت عفونت مزمن خود مجاری و نسوج سلولی محیط آنها مبتلا به تنگی شده و مانع از خروج ترشحات محتوی در آسینی‌ها (۱) میگردند . با این وصف رکود ترشحات مزبور موجب اتساع آسینی‌ها و اتساع آسینی‌ها هم موجب بزرگ شدن غده‌های پری اورترال و پیدایش آنچه که بنام آدنم نامیده میشود خواهد بود .

اما بنا بر فرضیه سرطانی که صحیح‌تر ، مقبول‌تر ، ومحرز تر از اولی است علت اصلی پیدایش عظم غده وزی‌رشد زیاده ازحد وافزوده شدن عناصرساختمانی غدد مزبور است که مجموعاً آنها را باشکال مختلف آدنم ، آدنوفیبروم (۲) و یا فیبروم گلاندولر (۳) درمیآورد .

بطور خلاصه علل مستعد کننده این بیماری یعنی عفونت مجرای خلفی و کبر سن بیمار موجب‌تحریك غدد محیطی مجرای خلفی ، و رشد و نمو زیاده ازحدآنها در اثر تحریکات مزبور موجب بروز عظم‌غده وزی میگردد .

آیا از نظر کالبد شناسی دلائلی هم برای اثبات این مدعا وجود دارد یا خیر ؟

ـ گذشته‌ازمواردیکه علاوه برعظم غدد محیطی‌مجرای‌خلفی پیشاب خودغده پرستات نیز عظم پیدا کرده‌و برآدنم واقعی‌افزوده شده باشد ، درسایر مواردبعقیده عموم متخصصین وهمچنین ماریون وطبق‌دلائل مشروحه درزیرموضع کالبدشناسی عظم غده وزی همان موضع غدد ترشحی و محیطی مجرای‌خلفی پیشابراه (٤) خواهد بود .

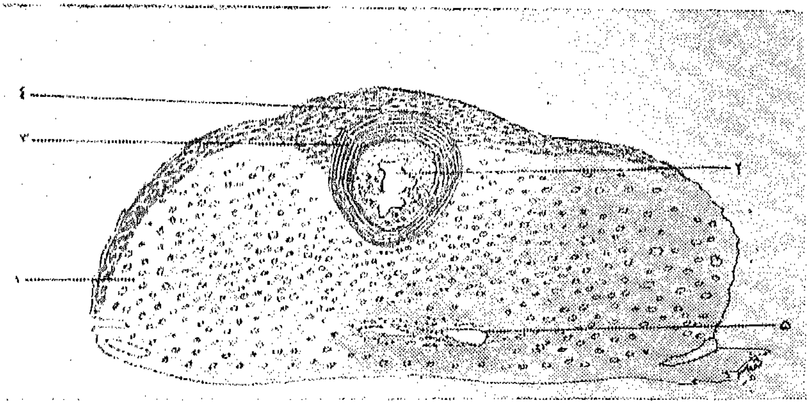
دلائل کالبد شناسی ـ ۱ ـ در مراحل مقدماتی بیماری آنچه که بنام تومور نامیده میشود در داخل عاصره مثانی (٥) قرار دارد . (شماره ۱ شکل ٤۷) .

۲ـ تومور مزبوردرمحاذات‌عنق‌مثانه علاوه برآنکه طرفین مجرا را احاطه

---

1 – Acinies 2 – Adénome ou adéno-fibrome
3 – Fibr . glandulaire 4 – Gl· périurèt . laterales et sous cervicale médian 5 - Sphinctere vesicale .

مینماید ممکن است بجلوی آن نیز متوجه شده ومانند حلقه‌ای آنرا محدود سازد، و حال آنکه قرارگاه غده وزی در این موضع کاملا در عقب مجرای خلفی پیشاب میباشد (شکل ٤٦) .



شکل ٤٦ ــ مقطع عرضی غده وزی در محاذات عنق مثانه
۱ ــ مقطع غده وزی که در پشت عنق مثانه واقع شده
۲ ــ غددمحیط مجرا ومولد آدنم   ۳ ــ عاصره صاف
٤ ــ عاصره غشائی   ٥ ــ مجاری انزالی

۳ــ غده‌هائیکه در نسج پرستات نمو کرده باشند بطرف راست روده پیش میروند درصورتیکه غده مورد بحث همواره بسوی مجرای پیشاب و اطراف آن نمو خواهد کرد .

٤ ــ هنگام برداشتن وعمل جراحی آدنم هیچگونه صدمه‌ای بمجاری انزالی وارد نمیشود .

٥ ــ پس از درآوردن آدنم ساختمان ناقص وغدد متلاشی شده پرستات را درجای خود میتوان پیدا کرد (شکل ٤۸) .

٦ ــ بالاخره دراتوپسی بیماران مبتلابآدنم نسوج متلاشی شده غده پرستات در سطح خلفی وطرفین تومور بخوبی مشهود و هیچگاه درداخل آن قابل رؤیت نخواهد بود .

آسیب‌شناسی ـ در این کسالت بهمان اندازه که بررسی کالبدشناسی آدنم اهمیت دارد مطالعه آسیب شناسی اعضای مربوط بآن و بخصوص دستگاه ادراری فوقانی نیز حائز اهمیت میباشد .

۱ ـ خواص و مشخصات آدنم ـ حجم و وزن آدنم پرستات در مراحل مختلف متغیر و در اشخاص مختلف نیز متفاوت میباشد . گاهی حجم این غده خیلی کوچك و وزنش از ۲۵ تا ۳۰ گرم تجاوز نمینماید ، اما گاهی هم حجمش قابل توجه و وزنش از ۲۰۰ گرم هم بالاتر خواهد رفت

شکل آدنم در حالات مختلف متفاوت بوده و از این نظر آدنم‌های کروی ، گلابی و خوشه‌ای شکل را باید بخاطر داشت (شکل ٤۷). گاهی هم که تنها لب وسطای غدد مولد آدنم تومورال شده باشد شکلش کروی و یا شبیه بادبزن گشته و عموماً در سطح خلفی و یا ندرتاً در سطح قدامی مجرای خلفی مشاهده میگردد .



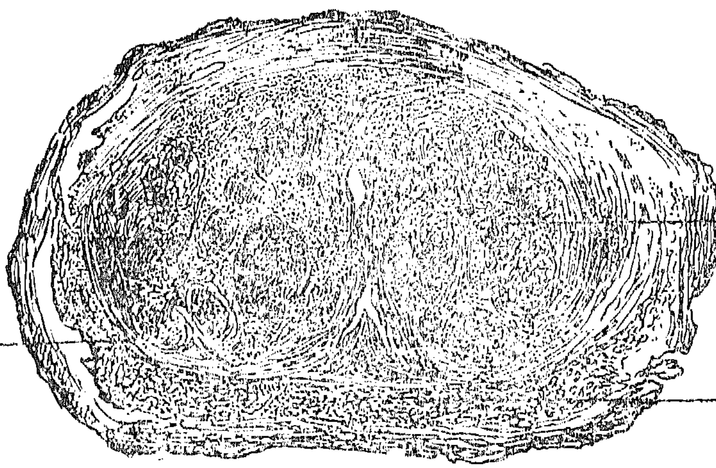
۱ ۲ ۳

شکل ٤۷ ـ اشکال مختلف آدنم :
۱ ـ آدنم کروی و داخل عاصره‌ای
۲ ـ آدنم گلابی شکل
۳ ـ عظم بخش وسطای پرستات

ساختمان آدنم (۱) ـ در برش عرضی آدنم چنین مشاهده میشود که دور تادور تومور را غلافی لیفی عضلانی احاطه نموده، واز سطح داخلی آنهم گاه یك

1 - Constitution de l' adénome .

رشته و گاه دو رشته‌الیاف مشابهی بدرون غده پیشرفته و نسج آدنم‌را نسبت بمجرای ادرار بدولب جانبی و یا دولب جانبی و یك لب‌وسطی تقسیم مینماید (شکل۴۸). گاهی‌هم بعلت فقدان رشته‌های انشعابی، نسج آدنم‌تنها از یك لب‌منحصر بفرد تشکیل شده و آن یك لب هم ممکن است قدامی ، خلفی ، و یا جانبی باشد . بهر حال غلاف لیفی عضلانی هر یك از لب های مزبور خود نیز انشعاباتی بداخل فرستاده و نسج غده‌ای را بقسمت های کوچکتر و یا هسته‌های گرد کم و بیش بزرگی تقسیم می نماید .



شکل ۴۸ — مقطع یك آدنم‌پری اورترال:
۱ — مقطع‌خود آدنم ۲ — مقطع غده وزی که درخارج غلاف‌لیفی‌آدنم‌قرار گرفته
۳ — غلاف لیفی‌عضلانی آدنم

بالاخره هسته‌های گرد نامبرده هم که بنام اجسام کروی (۱) معروفند همان‌عناصر اصلی آدنم هستند که گاهی در سطح غده و یا در داخل مجرای ادرار برآمدگی پیدا میکنند .

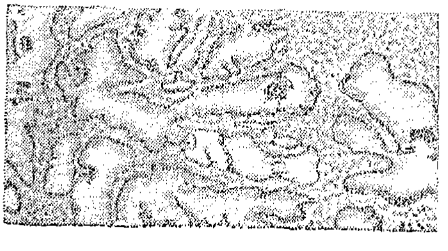
گذشته از اینها درسطح مقطع تهیه شده جریان مایع مختصری نیز مشاهده میگردد که گاهی صاف ، اغلب کدر ، و گاهی هم چرکین است . بعلاوه اگر فشار مختصری هم بغده مزبور وارد آورند دانه‌های سخت و کوچکی از حفرات

1 – Corps sphéroïdes

سطحیش بیرون میجهند که برخی از آنها مقطعی شبیه بدانه نشاسته وجنسی ازمواد ازته‌داشته و به سمپکسیون دوروبن (۱) موسوم‌اند ؛ برخی‌دیگرهم‌شن‌های کوچك نامرتبی‌هستند که جنسشان ازترکیبات فسفاته یا املاح آهکی بوده، وهسته اصلی سنگهای آتی پرستاتیك را تشکیل میدهند .

ساختمان ذره‌بینی آدنم ــ عناصر ساختمانی مهمی که از نظر ذره‌بینی درآدنم پرستات‌جلب‌توجه مینمایند اجسام کروی ، وانساج لیفی‌عضلانی یا رشته‌های‌منشعبه از غلاف اصلی‌غده میباشند .

اجسام کروی (۲) یاعناسر اصلی مشکله آدنم ازآسینی‌های متعددی‌تشکیل شده‌اند که‌تعدادشان‌نسبت باندازه طبیعی کم یا زیاد افزوده‌شده ، وفضای‌داخلیشان نیز کم یا زیاداتساع پیدا کرده‌است (شکل۴۹) .
تعداد آسینی های مزبورگاه باندازه ای زیاد است که نسج آدنم را قابل تشبیه بیك قطعه اسفنج مینمایند (آدنم خالص) ، گاهی هــم علاوه برافزایش آسینی‌ها رشد زیاده از حد الیاف عضلانی لیفی نیز ضمیمه آن میگردد (آدنومیوم) (۳) و بالاخره گاهی هم شدت افزایش آسینی‌ها حائز اهمیت نبوده ولی در عوض رشد فوق‌العاده الیاف عضلانی قابل توجه میباشد (میوم) .



شکل ۴۹ ـ ساختمان ریزبینی آدنم پری‌اورترال

بهرحال اعم از اینکه عظم غده وزی بشکل آدنم خالص ، یا آدنومیوم ، و یا میوم خالص باشد اغلب اوقات سلولهای پوششی سطح داخلی آسینی‌ها از یك

1 _ Sympection de Robin 2_ Corps sphéroïdes
3 _ Adeno _ myome

طبقه سلولهای استوانه‌ای و بلند ، و یا از چند طبقه سلولهای بیضوی و مرتب تشکیل میشوند . گاهی هم اتفاق میافتد که پس از برداشتن برشهای متعددی از نسج تومور آسینی های نامرتبی نیز ظاهر میگردد که مجاری ترشحی‌شان گشادتر از اندازه طبیعی شده ، سلولهای پوششی درونشان نظم و ترتیب خود را از دست داده ، و رویهمرفته ساختمان یك نسج سرطانی را پیدا کرده‌اند (طبق احصائیه آلباران ١٤ درصد آدنمها اینطور میباشند) .

بالاخره در آزمایش ذره بینی آدنم پرستات تغییرات آوندی نیز گاهی جلب توجه مینمایند ، چنانچه بعضی اوقات علائم تصلب سرخ رگها واغلب اوقات اتساع سیاه رگها و بخصوص سیاه رگهای تحت مخاطی مجرای پیشاب مورد توجه واقع میشوند (اتساع سیاه رگهای تحت مخاطی بخوبی میتوانند علت هماتوریهای خود بخودی و یا هماتوریهای حاصله از میل‌زدن را درنزد مبتلایان بآدنم پرستات تعبیر نمایند) .

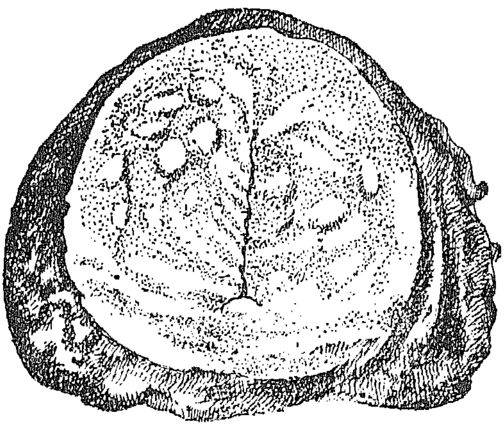
۳) - **آسیب‌شناسی اعضای دیگر** - این تغییرات کالبد شناسی که در نتیجه وجود وبقاء آدنم‌پری اورترال صورت میگیرند برحسب درجه پیشرفت بیماری در مجرای خلفی پیشاب ، درغده وزی و مجاری انزالی ، درعیق مثانه وخود مثانه ، در لوله‌های حالب ، و بالاخره در گرده‌ها قابل ملاحظه میباشند .

تغییرات مجرای خلفی پیشاب - طول مجرای خلفی یا مجرای پرستاتیك بتدریج طویلتر از اندازه طبیعی شده ، و گاهی هم بجای سه سانتیمتر به ٦ تا ٨ وحتی ١٢ سانتی‌متر بالغ میگردد .

جهت طولی این قسمت از مجرا تغییر نموده ، و انحناء قدامی خلفیش تبدیل به زاویه‌ای میگردد که بسمت جلو نگاه میکند (دلیل عبور نکردن اسباب‌های مستقیم از مجرای خلفی این بیماران) . مسیر عرضی آن نیز بواسطه بزرگ شدن دولب پرستات بشکل S درآمده ویا مارپیچ غیرمشخصی را تشکیل میدهد .

قطر قدامی خلفی مجرا در اثر چسبندگی کامل به تومور از حد طبیعی تجاوز نموده ، وقطر عرضی آن در اثر فشار لب‌های جانبی آدنم بخصوص درقسمت وسط از

اندازه معمولی کمتر میشود (شکل ۵۰). بهمین جهت مقطع عرضی مجرای خلفی شکل شکافی را پیدا میکند که طولش درحدود ۳ تا ٤ سانتیمتر وعرضش درقسمت وسط خیلی کم و درد و انتها کمی زیادتر میباشد (دلیل انتخاب میلهای بکییه برای میل‌زدن مثانه بیماران مبتلا بآدنم‌پرستات) .



شکل ۵۰ — مقطع عرضی آدنم پری‌اورترال که
تغییرشکل پیشابراه و وجود اجسام کروی را
نشان میدهد

بالاخره منظره‌اورتروسکوپیک‌مجرای خلفی نیز که درناحیه وروموتتانم(۱) بشکل هلال و در جلوی آن بشکل خطی عرضی است تغییر نموده وشکافی قدامی خلفی را تشکیل‌میدهد که در انتهای‌تحتانی بدوشاخه کوتاه و کوچك تقسیم‌میشود (شکل ۵۰). علت پیدایش تغییرشکل اخیر برآمدگی لب وسطی‌آدنم است بداخل مجرا که اگر با لب‌های جانبی چسبندگی کامل نیابد موجب نفوذ پیشاب از مثانه بداخل مجرا و بالنتیجه بی‌اختیاری در ادرار میگردد .

تغییرات غده وزی ومجاری انزالی — چنانچه قبلا هم تذکر داده شد ازدیاد حجم غدد محیطی پیشابراه جسم پرستات را مسطح نموده وآنرا بسمت‌عقب‌میراند، بنابراین هرقدرهم که حجم‌آدنم افزایش یابد ساختمان غده‌ای پرستات نیزساده‌تر ومتلاشی‌تر شده ، ودرمراحل‌آخر بیماری بقایای غیرقابل تمیزی ازآن باقی‌خواهد

1 Veru montanum

ماند که آنهم در پشت الیاف لیفی عضلانی یعنی غلاف آدنم قابل رؤیت و تشخیص میباشد (شماره ۱ و ۳ شکل ٤٨).

همینطور راجع بمجاری انزالی که همواره درزیر لب های مولد تومور جا دارند این نکته قابل ذکر است که هنگام عمل جراحی آدنوم آنقسمت از مخاط پیشابراه که مخرج مجاری نامبرده است ممکن است برداشته شود (بواسط مجاورت مستقیم).

تغییرات عنق مثانه و خود مثانه ـ عنق مثانه علاوه برآنکه دراثر رشد آدنوم وطویل شدن خودش بداخل این عضو پیشرفته وموجب پیدایش بافون (۱) میگردد، شکلش نیز بعلت وجود لب های تومور تغییر نموده و بجای قیفی بودن شکافی طولانی ویا ستاره‌ای رامیسازد.

اما تغییرات خود مثانه درآدنم پرستات ممکن است شامل شکل و ظرفیت و ساختمان آن، ویا هریك از آنها بتنهائی باشد.

شکل مثانه نخست بواسطه پیشرفتگی عنق و تشکیل بافون تغییر کرده، و سپس بعلت بروز نوار های برآمده ونامرتبی درسطح مخاط غیر طبیعی میگردد. نوار های مزبور که بنام کلن (۲) معروفند در نتیجه دسته دسته شدن الیاف عضلانی جدار مثانه بوجود آمده و بین خودشان گودی هائی را تشکیل میدهند که بنام سلول یاد پرسیون (۳) ویا دیورتو کول (٤) موسومند. عمق دیورتیکول های نامبرده گاهی فوق العاده زیاد و حتی باندازه‌ای ممکن است برسد که درسطح خارجی مثانه برآمدگی پیدا نماید (این تغییرات شکل بیشتر مخصوص سطوح خلفی وجانبی مثانه بوده وتقریباً هیچگاه درناحیه تریگون دیده نمیشوند).

گذشته ازاین تغییر شکل، جدار مثانه نیز دراثر وجود آدنم ور کود دائمی پیشاب متسمع شده، و ظرفیتش زیاد تر ازطبیعی وگاهی بالغ بریکی دو لیتر و یا فزونتر میگردد. مثانه گنجایش زیادی دارد اما هنگام ادرار کردن وباوجود کوشش

1- Bas fond 2- Colonne 3- Cellule ou depression
4- Diverticule

فراوان هیچگاه نمیتواند تمامی ادرار محتوی خود را بخـارج بریزد بلکه همیشه مقداری ازآنرا بنام ادرار باقی مانده (۱) درخود نگه میدارد .

ادرار بـاقی مانده مزبـور در بـافون مثانه جمع نمیشود زیرا خالی نشدن کامل مثانه نتیجه ضعف عضلات جدار آنست نه وجود بافون ، وبهترین دلیل برصحت این مدعا هم مقایسه کلیشه سیستوگرافی یك بیمار مبتلابآدنم وشخصی است که ادرارش را نیمه کاره نگهدارد ، زیرا دراین صورت هیچکس نمیتواند تشخیص دهد که کدام یك ازآنها متعلق به بیمار و کدام یك متعلق بشخص سالم میباشد .

بالاخره ساختمان جدار مثانه نیزدرطول بیماری آدنوم تغییر نموده ونخستین تغییرش نصیب الیـاف عضلانی میگردد . این الیـاف عضلانی در ابتدای کسالت بر حجمشان افزوده میشود ، اما پس از مدتی که در مقابل مانع مقاومت نمودند قوای خود را از دست داده ، تدریجاً صغر یافته و موجب اتساع مثانه میگردند (گاهی هم درعین اینکـه مثانـه متسع شده الیاف عضلانیش ضخیمتر از انـدازه طبیعی میباشند) .

تغییرات دیگر جدار مثانه که شامل طبقه مخاطی و تحت مخاطی و همچنین نسوج سلولی اطراف آن خواهد شد همان آماس مخاط مثانه ، ارتشاح لوکوسیتر درنسوج تحت مخاطی ووجودکانون های چرکی متعدد در این قسمت ، و بالاخره پری سیستیت است که عموماً هنگامی عارض میشوند کـه عفونتی در این عضو راه یافته باشد .

تغییرات میزنای و گرده ها ـ تغییرات حاصله در لوله های حالب متنوع و مهمتر ینشان ضخیم شدن الیاف عضلانی است . الیاف عضلانی مزبور درابتدا برحجمشان افزوده شده ، وسپس دراثر ازدست دادن مقاومت خود درمقابل مانع موجوده صغر یافته وموجب اتسـاع لوله ها میگردند .

همینطور تغییرات حاصلـه در گرده ها مانند حالب ها هنـگامی اهمیت می یابند که احتباسی کامل ویاناقص درمثانه پیدا شود . درحالت اول علاوه براحتقان

1– Résidue

موجوده حجم گرده ها نیز افزوده شده، و کانون‌های هموررا‌ژیك متعددی هم در آنها دیده میشود؛ اما درحالت دوم یعنی پس‌ازسرایت اتساع مثانه بلگنچه و گرده یانشانیهای یك نفریت تصلبی (هنگامیکه عفونتی در کار نباشد) ، ویا علائم یک پیلونفریت واضح (هنگامیکه عفونت هم ضمیمه شده باشد) جلب توجه مینمایند .

نشانیها - شروع بیماری - گذشته از اشکالیکه مدتها بی‌سر و صدا رشد و نمو مینمایند سایر آدنم های پرستات یابروز اختلالات ادراری کم اهمیتی راسبب میشوند ، یادر عین سلامت وبدون سابقه دفعتاً شاش بندکامل میدهند ، ویابالاخره باعلائم وآثاری مشخص جلب توجه مینمایند که روز بروز براهمیتشان افزوده‌شده وموجب شدت ناراحتی های بیمار میگردند .

بروز این علائم وپیشامد این عوارض وحوادث که درهر دوره‌ای از کسالت ممکن است موجب‌مراجعه بیمار باشند رابطه مستقیمی باقدرت عضلات مثانه‌وشدت احتقان دستگاه ادراری وتناسلی داشته ، وهیچگونه رابطه‌ای بابزرگـی واندازه تومور نخواهدداشت چنانچه‌ممکن است یك‌آدنم‌بزرك مدتها بدون اختلال‌ادراری بماند در صورتیکه یك آدنم کوچك و بخصوص آدنم های حاصله ازلب وسطی ویاآدنم های داخل عاصره‌ای مولد عوارض شدید وزود رسی گردند .

درهرحال بنا برطبقه بندی گویون وعده‌ای‌دیگر ازمصنفین منجمله ماریون نشانی های آدنم پرستات رادر سه دوره مختلف مرحله ابتدائی اختلالات ادراری، مرحله شاش بند ناقص یامرحله باقی مانده ، ومرحله احتباس ناقص همراه بااتساع مثانه میتوان مطالعه کرد .

۱) - **مرحله اختلالات ادراری(۱)**- اولین‌علامتی که‌دراین‌دوره ویا بطور کلی درمقدمه آدنم پرستات ظاهر میشود تکرر ادرار شبانه است (۲) . این تکرر ادرار مبتلایان رامجبور میکند تادر نیمه دوم شب یکی دو مرتبه برای تخلیه مثانه ازخواب برخیزند . بیمار برای ادرار کردن ازخواب بیدار میشود اما بـرای انجام

---

1 — Période des troubles mictionnels

2 — Pollaciurie nocturne

آن مدتی باید زور بزند تا ادرادش جریان یابد (۱) و تازه وقتی هم که ادرارش جریان پیدا کرد قدرت پرشش از حال طبیعی کمتر، وقطرش از اندازه معمولی نازکتر خواهد بود.

کم کم شب بپایان میرسد و بیمار بستر خود را ترك میکند، اما چون پرخونی شدیدی که هنگام استراحت در آدنم ایجاد شده بود چند ساعتی باقی میماند نیمه اول روز وتا یکی دومرتبه ادرار کردن نیز ناراحتی‌های شبانه تکرار میشوند تاآنکه بالاخره پرخونی غده وزی برطرف شده و وضعیت بیمار بحال طبیعی برمیگردد (گاهی هم تکرر ادرار روزانه بتکررادرارشبانه افزوده خواهد شد).

بااین‌وصف وقتی که اختلالات ادراری نامبرده نتیجه احتقاق پرستات باشند، پرخونی اعضاء دیگردستگاه ادراری نیزعلائم وآثاری ظاهرمیکنند که بنوبه خود حائز اهمیت میباشند.

پرخونی اعضاء داخل لگن مولد نعوظ های صبحانه (۲) و حس سنگینی و ناراحتی درناحیه عجان ومقعد، وتصورجسمی خارجی دراین‌عضومیگردد.

احتقان مثانه وعنق‌آن موجب بروز درد و ناراحتی درآخر ادرار شده، و بیماررا وادارمیکند که بمحض پیدایش حس ادرارمثانه را تخلیه نماید (۳).

بالاخره پرخونی گرده‌ها موجب ازدیاد ترشح ادرار و فزونی تکرر آن میگردد بنحوی که مقدارادرارشبانه بیمارممکن‌است بالغ برهزارودویست تاهزارو پانصد گرم گردد.

۴) مرحله شاش‌بند ناقص یا وجود باقی‌مانده (۴) ـ دراین مرحله بعلت پیشرفت بیماری وبزرك شدن حجم آدنم، و بخصوص کم شدن قدرت عضلات مثانه تخلیه ادرار ناقص ودرهردفعه پیشاب کردن مقداری‌ازآن درمثانه خواهد ماند (۵).

شاش‌بند ناقص این دوره در ابتدا شبانه، پس‌از مدتی صبحانه، و بالاخره روزانه‌نیز میگردد؛ و بهراندازه هم که ضعف عضلات‌مثانه شدیدترو پیشرفت بیماری

---

1 - Retard de la miction 2 - Erections matutinales
3 - Miction impérieuse 4 - Période de résidue 5 - Résidue

زیادتر گردد و برشدت آن نیز افزوده خواهدشد چنانچه مقدار پیشاب باقی‌مانده‌ای که درابتدا از ۲۰ تا ۳۰ گرم تجاوز نمینمود درمراحل آخر به ۳۰۰ تا ٤۰۰ و حتی ٦۰۰ گرم و بیشتر خواهد رسید .

وجود باقی‌مانده درمثانه ازیکطرف موجب احتقان دائمی دستگاه ادراری وازدیاد مقدار ترشح پیشاب ، وازطرف دیگر مسبب کم شدن ظرفیت‌مثانه میگردد؛ وچون این هردوعامل (ازدیاد ترشح پیشاب و کم شدن ظرفیت مثانه) مولد تکرر ادرارند بیمارمبتلا به‌آدنم علاوه برتکرر ادرار شبانه تکرر ادرار روزانه نیز پیدا خواهد کرد .

بالاخره گذشته از اختلالات ادراری مزبور و برخلاف مرحله اول ضعف عمومی و اختلالات گوارشی متعددی نیز ازقبیل سوء هاضمه ، بی‌اشتهائی بغذا ، و یبوست مزاج دامنگیر بیمار میگردد .

۴) - دوره شاش‌بند ناقص همراه بااتساع مثانه (۱) - دراین مرحله از بیماری بهمان نحو که مرتباً ازقدرت عضلانی مثانه‌کاسته و برمقدار باقی‌مانده درآن افزوده میگردد ، ظرفیت مثانه نیزازاندازه طبیعی تجاوز نموده وفضای درونیش‌هم اتساع می‌یابد . اتساع عضومزبورهم بتدریج لوله‌های حالب ولگنچه و گرده‌هارا تحت تأثیر خود قرار داده و حالت عمومی بیمار را دگرگون میسازد ، چنانچه بیماران مبتلا بآدنم پرستات درمراحل آخر کسالتشان یا بصورت یك بیمارادراری ، یا بیماری‌مبتلا بااختلالات گوارشی ، ویایك بیمارسوءالقنیه‌ای مراجعه خواهند کرد.

آنانکه بعلت اختلالات ادراری مراجعه میکنند از تکرر ادرار فوق‌العاده (هرده دقیقه یا پنج دقیقه یکبار) ، ازدیاد مقدار پیشاب (۲ تا ٤ لیتردرشبانه روز) ، وعدم قدرت خودداری از پیشاب کردن درموقع حس ادرار که با پیشرفت بیماری تبدیل به بی‌اختیاری حقیقی ودائمی میگردد شکایت دارند .

این بی اختیاری حقیقی که مدتها شبانه و سپس روزانه نیز میگردد علت بروزش

---

1 - Période de retension incomplète avec distension

لبریزشدن مثانه ازادرار باقی‌مانده و از بین رفتن قدرت عاصره غشائی میباشد (۱) .

آنانکه دراثر اختلالات گوارشی مراجعه میکنند مرضائی هستند که بدی حالت عمومی و اختلالات هاضمه‌ای فکرشان را ازدستگاه ادراری بکلی منحرف ساخته است . این بیماران از بی‌اشتهائی بغذا بخصوص نسبت بغذاهای جامد ، بدی گوارش ، عطش فراوان ، نفخ شکم ، یبوست مزاج و یا اسهال شکایت داشته و زبانشان هم‌خشك وخشبی ، دروسط سفید ، ودراطراف قرمز میباشد (مجموع این اختلالات را گویون بنام سوء هاضمه ادراری مینامد) (۲) .

خلاصه آنکه‌ادامه‌پیدا کردن بیماری ، بدکار کردن گرده‌ها، بالارفتن مقدار اوره خون و بالاخره شدت‌اختلالات گوارشی موجب‌پیدایش‌علائم اورمی، وجع سمی‌اعصاب، بدی‌حالت عمومی ودرپایان‌کاشکسی‌میگردند (کاشکسی‌ادراری)(۳).

عوارض آدنم پرستات ـ مهمترین عوارض یا حوادثی که در دوران آدنم غده‌وزی‌ممکن‌است پیشآمدنمایند یاحوادث واختلالات ادراری‌هستند مثل‌شاش‌بند، بی‌اختیاری درادرار و بول‌الدم ؛ یا عوارض و حوادث عفونی مثل‌التهاب پیشابراه، آماس غده‌وزی ،آماس‌های بیضه واپیدیدیم ، آماس‌های مثانه ،آماس‌های میزنای ولگنچه و گرده ، و عفونت ادراری ؛ ویا بالاخره‌عوارضی هستند که دراثر تغییرات نسجی و یا تغییرات شیمیائی ادرار پیش‌آمد میکنند مثل تبدیل شدن آدنم‌پرستات بسرطان ، تصلب گرده‌ها ، وپیدایش سنگ پرستات ویا سنگ مثانه .

عوارض یا حوادث ادراری ـ ۱ ـ شاش‌بند حاد یا مزمن ـ شاش‌بند حاد معمولی ترین حوادث آدنم پری‌اورترال است که گاه خود بخود و گاه پس از یك سرماخوردگی ، یا ناپرهیزی غذائی ، یا مقاربت ، و یا خودداری از ادرار کردن عارض شده و درهر دوره‌ای از بیماری ممکن است پیشآمد نماید .

شاش‌بند حاد گاهی ناقص(٤) (یعنی بیمار میتواند پس از زور زدنهای زیاد چند قطره‌ای ادرار نماید) واغلب اوقات کامل‌میباشد(٥) (یعنی برای‌خروج ادرار

1 — Incontinence par régorgement 2 — Dyspepsie urinaire 3 — Cachexie urinaire 4 — Retension incomplète aigue 5 — Ret . complète

میل‌زدن مثانه لازم خواهد بود) ؛ اما درهرحال علائم و آثارش یکسان و از نظر رنج بیمار بی‌تفاوت خواهد بود .

پیشرفت شاش بند حـاد و عـاقبت آن بنحوی تغییر پـذیر است که نسبت بآتیه آن نمیتوان اظهار نظر کرد چنانچه بعضی اوقات پس از میل‌زدن مثانه و تخلیه آن وضعیت بیمار بحال طبیعی بر گشت نموده و از آن پس نظیر قبل از شاش‌بند ادرار میکند، گاهی‌هم پس از این حادثه و با وجود ادرار کردن مرتب همیشه مقداری پیشاب در مثانه‌اش باقی میماند (۱) ، و بالاخره گاهی‌هم شاش‌بند بیمار مزمن شده و هیچگاه بدون میل‌زدن قادر بتخلیه مثانه نخواهد بود (۲) .

شاش‌بند کامل مزمن علاوه بر آنکه در دنبال یك شاش‌بند کامل حاد ممکن است پیشآمد نماید ، گاهی‌هم در نتیجه ازدیاد تدریجی باقی‌مانده که بیماررا مجبور بمیل زدن مرتب مینماید دیده میشود ؛ منتها در هر دو صورت بیماران مبتلا باین گونه شاش‌بندها جز با میل‌زدن مثانه قادر بتخلیه آن نمیباشند .

۲ ــ بی‌اختیـاری در ادرار ـ منظور از این عارضـه بی اختیاری حاصله از لبریز شدن مثانه (۳) نمیباشد ، بلکه آن نوعی از این عارضه است که بعلت بسته نشدن کامل عنق مثانه (در اثـر قرار گرفتن سه لب پرستات در مقابل یکدیگر و باز ماندن شکافی بین آنها) و ضعف عاصره غشائی (بعلت پیدایش عمل انعکاسی) پیشآمد مینماید .

۳ ــ بول‌الدم ــ حادثه بول‌الدم در نزد مبتلایان بآدنوم پرستات ممکن است خود بخود ویا پس از میل زدن مجرا جلب توجه نماید .

هماتوری‌های خود بخود در مرحله اول بیماری کمتر وهنگام پیدایش باقی مانده و بخصوص شاش‌بند کامل حاد زیادتر دیده میشوند . شدت بول‌الدم گاه خالی ازاهمیت ومقدارش بحدی است که تنها گیلاس اول را رنگین مینماید، گاهی مقدار آن زیادتر ودر گیلاس سوم نیزظاهر میشود ، بالاخره گاهی‌هم شدت آن فوق‌العاده

1—Résidue　　2—Ret. compl . chronique

3—Incontinence par régorgement

ومقدارش چنان است که لخته‌های زیادی در مثانه ایجاد نموده و دراثر خونین نمودن هرسه گیلاس موجب وحشت بیمار میگردد .

تبصره - اگر بول‌الدم‌های شدیدخود بخود ، مکرر وبدون وجودشاش بند ناقص ویا کامل ظاهر شوند باید بیمار مبتلا را از نظر ابتلاء بسرطان پرستات و یا مثانه آزمایش کامل کرد .

بول‌الدم هـای عملی عموماً پس از میل زدن و بعلت پیدایش ترکی کوچك در مجرای پرستاتیك ویا تولید مجرائی کاذب جلب توجه مینمایند . شدت این نوع بول‌الدم‌ها متناسب با شدت ضایعه حاصله بوده و گاهی هم با وجود آنکه در حین میل‌زدن قابل ملاحظه نیست پس از چند ساعتی موجبات وحشت و اضطراب بیمار را فراهم میسازد .

بـالاخره گاهی هـم بول‌الدم‌های حاصله نتیجه تخلیه ناگهانی مثانه بیماری است که مبتلا به‌شاش‌بند کامل باشد ، زیرا این‌عمل تخلیه سریع موجب بروزاحتقانی شدید (۱) در دستگاه ادراری وپاره‌شدن سیاه رگهای زیر مخاط پیشابراه ومثانه و همچنین لوله های حالب و حتی گرده‌ها خواهد شد . برای درك علـت اصلی و اساسی این هماتوری‌ها اعم از اینکه خود بخود و یا پس از میل زدن بروز کرده باشند کافی است کـه زیـاد بودن و محتقن بودن سیاه رگهای زیر مخاطی ناحیه اورترپرستاتیك را که در آسیب شناسی نیز تذکر داده شده بخاطر داشته باشیم.

عوارض یا حوادث عفونی - گذشته ازالتهاب‌های پیشابراه و بیضه وبربخ که بیشتر اوقات پس از میل زدن مجرا و یا گذاردن میل متمکن بروز میکنند ، آماسهای غده وزی و مثانه وگرده‌ها نیز حائز اهمیت میباشند .

۱ ــ آماس‌های غده‌وزی ــ پیدایش‌عفونت‌های خود بخودی و یا پس از میل زدن مجرا در جسم آدنم خیلی فراوان (۹۰ در صد) و همین‌ها هستند که موجب سرعت بزرگ شدن تومور ، شدت یافتن اختلالات ادراری و بروز هماتوری ها می‌باشند .

---

1 – Congestion à vacuo

اما آماسهای غده وزی که گاهی قبل‌از پیدایش آدنم وجود داشته ، و گاهی هم بعداً بآن افزوده میشوند ممکن است بصورت حاد یا مزمن در آیند . افزوده شدن یك پرستاتیت مزمن بر آدنم پری‌اورترال موجب اشتباه این کسالت با سرطان پرستات‌میباشد ، اماضمیمه بودن یك آدنم باپرستاتیت حاد علائم‌و آثاری‌نظیر‌عفونت ادراری خواهد داشت (تشخیص‌پرستاتیت‌حاد از عفونت ادراری در نزد این‌مبتلایان با توشه رکتال و عدم موفقیتی است که از گذاردن میل متمکن در مثانه برای بهبود حال بیمار در حالت اخیر عاید میشود) .

۲ — آماسهای مثانه — این دسته از عوارض یا پس از میل زدن‌های کثیف تخلیه‌ای ، یا پیشرفت عفونت از درون مجرا بداخل مثانه ، ویا خود بخود و دراثر عفونت‌های روده‌ای‌پیشآمد میکنند . در حالت اخیر میکربهائی که مثل کلی باسیل ازجدار روده وارد خون شده واز طریق گرده بمثانه میروند نخست عارضه‌ای‌بنام باکتری اوری ایجاد نموده (وجود میکرب در ادرار بدون پیوری) ، و سپس بعلت وجود عوامل مستعد کننده در مثانه (پرخونی ، رکود ادرار ، و ضربه میل زدن) بمخاط آن نیز حمله‌ور شده و نشانی های سیستیت را ظاهر میسازند .

آماس‌های مثانه درنزد پرستاتیك‌ها عموماًمزمن بوده وبوسیله‌تکررادرار ، درد مختصر هنگام ادرار وپیوری شناخته میشوند ؛ اماگاهی‌هم عفونتهای مزبور بشکل حاد ظاهر شده و گذشته از تکرر ادرار و درد و پیوری فوق العاده مولد بول‌الدم‌های شدیدی نیز‌میگردند .

پیدایش سیستیت‌های حاد در نزد پرستاتیك‌های مبتلابشاش‌بند ناقص‌وضعیت بیمار را رقت‌آورنموده، و همان نوع شاش بندهای ناقصی را تشکیل میدهند که گویون آنهارا شاش‌بند ناقص حاد و بدون اتساع (۱) ، و ماریون‌آنهارا شاش‌بند ناقص بدون اتساع و با علائم حاد(۲) مینامند.

بالاخره گاهی‌هم‌عفونت مخاط مثانه تدریجاً بطبقه زیرمخاطی،طبقه‌عضلانی، وحتی نسوج سلولی اطراف‌آن نیزسرایت نموده و مولد پری‌سیستیت‌هائی‌میگردد

1-Ret. incomp. aigue sans distension 2- Ret. incomp. s. dist. avec des manifestations aigues

که با وجود نبودن نشانی های سیستیت حاد ظرفیت مثانه را فوق العاده کم می نمایند .

۳ ـ آماس گرده و لگنچه (پیلو نفریت) ـ عارضه پیلو نفریت در نزد پرستاتیکها از دو راه مختلف صعودی و یا نزولی ممکن است پیش آید .

درطریق اول یا راه صاعد عفونت موجوده در مثانه بداخل میز نای و از آنجا بدرون لگنچه و گرده انتشار مییابد ، امادرطریق دوم یا راه خونی عفونت ادراری حاصله از میل زدن مجرا و یا مثانه میکربهای مولد مرض را در روی گرده و لگنچه ثابت خواهد کرد . بهر حال پیدایش این قبیل پیلو نفریت ها که عموماً دوطرفه بوده و با علائمی نسبتاً خفیف و بی سر و صدا (حساسیت ناحیه گرده ها و پیوری کامل و گاهی هم تب) همراهند وخامت اوضاع و عاقبت بیماری را محرز و مسلم می نماید .

عفونت های ادراری پرستاتیك ها نیز که اغلب اوقات بشکل پیلو نفریت ظاهر میشوند گاهی هم تمام خواص یك عفونت ادراری حاد ، تحت حاد ، و یا مزمن را بخود گرفته وسپس بهبودی کامل مییابند .

عوارض دیگر آدنم پرستات ـ بین این دسته ازعوارض مهمتر ینشان یکی تصلب نسج کرده است که از هنگام پیدایش باقی مانده تدریجاً عارض شده ، و تنها از افزوده شدن مقدار اوره خون و ظهور علائم نفریت مزمن تشخیص داده میشود.

دیگری تبدیل شدن آدنم بسرطان است که تقریباً درچهارده درصد ازموارد اتفاق میافتد .

بالاخره سومی هم پیدایش سنگ مثانه و یا سنگ غده وزی است که وجود اولی ها موجب اشکال درمان سیستیت موجوده و بروز بول الدمهای انتهائی، و پیدایش دومی بخصوص آنها که نسبتاً بزرگ باشند موجب اشکال تشخیص آدنم با سرطان پرستات میگردد .

سیر و عاقبت ـ سیر بیماری آدنم (آدنم پری اورترال) از نظر سریری و کالبد شناسی بطی و پیش رونده ، وعاقبت آن برحسب پیشرفت کسالت و عوارض

حاصله در مراحل مختلف فرق میکند .

مرحله اول بیماری عموماً ناراحت کننده و در صورت اقدام جدی عاقبت بخیر است .

در مرحله دوم علائم بیماری شدیدتر شده و بروز عوارض عفونی نزدیکی خطررا اعلام میکند .

درمرحله سوم هم که عفونت و اتساع بلگنچه و گرده سرایت نموده وخامت بیماری محرز و مسلم میباشد .

تشخیص ـ اول ـ تشخیص مثبت آدنم پرستات ـ برای تشخیص قطعی آدنم پرستات گذشته از توجه بسن بیمار و شنیدن شرح حال وی ، و همچنین مشاهده ادرارش درسه گیلاس وتجزیه آن ازنظر وجود یاعدم عفونت درمثانه یاپیشابراه ، استفاده ازسایر آزمایشهای غده وزی لازم وکافی خواهد بود .

۱ـ توشه رکتال ـ درتوشه رکتال تغییرات غده وزی وهمچنین وجود یاعدم باقی مانده ویا جسمی خارجی درمثانه تشخیص داده میشود .

غده‌وزی سلامت شکل دوبادامی رادارد که‌از کنار ونزدیك بنوك بیکدیگر چسبیده ، و نیمی از ضخامتشان در جدار قدامی راست روده و در فاصله سه چهار سانتی متری سوراخ مقعد فرو رفته باشد . نوك باریك این دو بادام در پائین ودرخطوسط بیکدیگرمربوط وته‌آنها دربالاودروسط ازهم فاصله دارندبنحویکه مجموعاً شکل بلوط ویاعدد پنج منعکسی (٥) بخود میگیرند که طولش در حدود سه سانتیمتر وعرضش نزدیك بچهار سانتی متر باشد . بالاخره برآمدگی این غده در داخل مقعد زیاد نبوده ، و قوام آنهم در همه جا یکسان و نسبتاً مقاوم میباشد .

اما درآدنم پری اورترال حجم غده مزبور ازاندازه‌طبیعی بزرگتروقوامش سختترشده ، وشیار موجوده بین لب هایش نیز محو میگردد چنانچه روی همرفته جسم نسبتاً گرد ومنظمی راتشکیل میدهد که حدودش کاملا مشخص ، وسطحش هم مرتب وبدون برجستگی وفرو رفتگی است .

۲ـ تفتیش مجرا ـ درتفتیش پیشابراه بوسیله میل مفتش نمره ۲۱ یا ۲۲ اگر ضیقی درمجرا وجود داشته باشد کشف، ودرصورت عبور میل ازمجرای خلفی و ورود آن در مثانه زیاد شدن طول مجرای پرستاتیك نیز معلوم خواهد شد (آزمایش پیشابراه).

۳ـ تفتیش مثانه ـ درمیل‌زدن مثانه بایك سوند وجود یاعدم باقی‌مانده‌محرز، و کم شدن قدرت عضلانی آن در دوره های دوم وسوم بیماری مشخص میگردد (آزمایش مثانه).

تبصره ـ نزد بیمارانیکه ادراری صاف ومثانه‌ای متسع دارند بهتر آنستکه تنها بتفتیش مجرای قدامی اکتفا کرده، وحتی المقدور ازمیل زدن مثانه خودداری نمایند زیرا دراثر این عمل ممکن است عفونتی بداخل‌مثانه که حاضر ابتلاء بعفونت است راه یابد.

در تفتیش مثانه بامفتش فلزی اولا امکان عبور سنك شکن ازمجرای خلفی معلوم میشود، زیرا ازهر مجرائی که مفتش فلزی عبور ننمایداسباب سنك شکنی هم عبور نخواهد کرد.

ثانیاً اگر سنگی درمثانه وجود داشته باشد تشخیص داده خواهد شد.

ثالثاًهم اندازه بر آمدگی و نموجسم آدنم بداخل مثانه معین میگردد، زیرا درحال طبیعی اگر نوك مفتش فلزی در بالا و بپشت عنق مثانه تکیه کرده باشد میتواند براحتی وبدون حرکت رفت وآمد یك دایره‌سیصد وشصت درجه‌ای راحول محور طولی اسباب طی کند؛ درصورتیکه درآدنم پرستات بعلت نمو جسم غده بداخل مثانه چرخش مزبور ناقص، وهنگامیکه نوك مفتش‌فلزی بپائین‌رسد بعلت برخورد‌با برآمدگی آدنم موجوده متوقف میماند؛ بالاخره اگر بخواهند که این حرکت دورانی ادامه داده شود باید مفتش فلزی راتا آنجا بداخل مثانه برانند که نوك اسباب طول برآمدگی‌غده راگذشته وپس‌ازآزاد شدن ازآن‌بتواند بچرخش‌خود ادامه دهد (ازمیزان‌داخل کردن‌مجدد میل‌مفتش‌درمثانه اندازه پیشرفت آدنم‌بداخل این عضو معلوم میشود).

بالاخره ازسیستوسکوپی مبتلایان نتایج دیگری حاصل میگردد که از نظر تشخیص آدنم وضایعات همراه باآن اهمیت دارند . با این طریق آزمایش تغییرات عنق مثانه ووجود یاعدم ضایعات‌دیگری‌ازقبیل‌سنك مثانه یاتومور، کلن‌ودیرسیون، وبالاخره دیورتیکول های مثانه تشخیص داده میشوند .

درآدنم پرستات منظره عنق مثانه بجای آنکه دور تادور صاف و هموار و دایره‌ای باشد ، درقسمت پائین بعلت نمو جسم آدنم شکلش عوض شده و بر حسب آنکه یك لب تنها ویا هردولب پرستات بزرك شده باشند دریك طرف و یا در هر دوطرف برآمدگی پیدا میکند (درحالت اخیر شکل زاویه‌ای را دارد که رأسش بپائین باشد) .

۴ـ عکس برداریـ درعکس برداری ساده ویارادیوگرافی وجود سنك در مثانه ویاپرستات معلوم (سایه‌سنگهای پرستات منطبق برسمفیز عانه ویابلافاصله در بالای آن دیده میشود) ، ودرسیستوگرافی‌هم‌وجوددیورتیکول یاتومورمعین،ودر بعضی ازحالات‌هم برآمدگی عنق مثانه بسمت‌بالا مشخص خواهد شد .

۵ـ فرمول لوکوسیترـ گذشته‌ازوسایل‌تشخیصی‌مذکورزیادی‌ائوزینوفیل‌های خون نیز کمك بتشخیص آدنم مینمایند ، زیرا در این بیماری تعداد ائوزینوفیل ها بجای یك درصد بده تاپانزده وحتی ۲۵درصد خواهد رسید ، اما بلافاصله پس از برداشتن آدنم هم باندازه طبیعی برمیگردد .

دوم ـ تشخیص افتراقی آدنم پرستات ـ برای موفقیت دراین‌کار بیماران مبتلا بآدنم پرستات رابسه دسته مختلف میتوان تقسیم کرد .

۱ـدسته‌اول بیمارانی هستند که **بعلت اشکال در ادرار کردن** مراجعه‌میکنند(۱)ـ نزد این بیماران عظم غده وزی ممکن است با تنگی های پیشابراه ،آماس‌های‌غده وزی، سرطان‌غده‌وزی، بیماری‌عنق‌مثانه(۲)، وبالاخره‌ضعف‌عصبی‌عضلات مثانه(۳) اشتباه گردد .

---

1 — Dysuriques 2 — Maladie de col 3 — Atonie vésicale primitif

در تنگی‌های پیشابراه یك تفتیش دقیق و کامل مجرا کمك بتشخیص خواهد خواهد کرد منتها بایدمتوجه بود که بعضی اوقات تنگی مجرای پیشاب باآدنم پرستات همراه است .

آماسهای مزمن غده وزی از نظر علائم فیزیکی باآدنم‌های آن قابل اشتباه نمیباشند زیرا در آماسهای مزبور بفرض آنکه حجم پرستات بزرگتر از اندازه طبیعی هم شده باشد شیار بین دولب آن موجود و در سطح مقعدیش نیز هسته‌های متعددی حس میشود که پس از مالش آنها چرکی خالص و یا ترشحی چرکین بخارج خواهد ریخت .

درسرطان پرستات حجم غده از اندازه طبیعی بزرگتر ، اما برخلاف آدنم سطحش نامرتب ، قوامش خیلی سخت ، وحدودش غیرمشخص است . بعلاوه ملاحظه سن بیمار نیز ممکن است بتشخیص بیماری کمك نماید زیرا اگر نشانی‌های آدنم پرستات در نزد بیماری ظاهر شوند که هنوز بسن ۵۰ سالگی نرسیده ، و یا باوجود نداشتن سابقه ادراری از هفتاد سالگی تجاوز کرده باشد حدس سرطان پرستات قوی تر خواهد بود.

در آدنم های همراه با پرستاتیت مزمن تشخیص افتراقی از سرطان پرستات مشکل بوده و بعقیده دسنوس (۱) ۳۵ درصد این قبیل آدنمها سرطانی هستند . معذالك بازهم بکمك علائم‌مشروحه در زیرمیتوان بتشخیص افتراقی این‌دو کسالت موفق شد .

الف ـ اگر هسته‌های موجوده در سطح پرستات متعلق بآماس مزمن غده وزی باشند پس از چند جلسه مالش کم کم کوچك شده و بتدریج از بین میروند .
ب ـ اگر میلی وارد مجرای خلفی پیشاب نموده و در همانحال هم بیمار را توشه رکتال نمایند، سرطان غده وزی مانع‌ازملامسه میل بوده وجسم آدنم مانع‌ازملامسه آن نخواهد شد (علامت شواسو) .

---

1 – Desnos

ج ـ بعقیده ماریون اگر درچنین موقعیتی یکی ازمخازن‌منی و یاهردوی آنها متورم و درحال احتباس باشند تشخیص سرطان قابل قبول تر خواهد بود .

بالاخره در بیماری عنق مثانه بهترین راه تشخیص افتراقی توشه رکتال و سیستوسکپی است که نتیجه آزمایش اولی منفی و در دومی هم تغییر شکل عنق مثانه دیده خواهد شد .

۲ ـ دسته دوم بیمارانی هستند که **بعلت بروزیکی از حوادث آدنم پری اورترال** بخصوص پیوری یا بول‌الدم و یاآماس مثانه وغده وزی مراجعه میکنند در این صورت اگر عوارض نامبرده بدون میل زدن و خود بخود ظاهرشده باشند ممکن است آنهـا را با عوارض سلی ، سنگی ، و یا سرطانی مثانه و گرده اشتباه کنند ؛ در صورتی‌هم که پس‌از میل زدن ظاهر شده باشند بازهم باید از عوارض دیگر قادر بایجاد اینگونه علائم تشخیصشان داد .

۳ ـ بالاخره دسته سوم بیمارانی‌هستند که **بعلت بدی حالت عمومی و اختلالات گوارشی** مراجعه میکنند درانیگونه موارد تنها یك آزمایش کامل بیمار و توجه بوجود چنین‌شکلی‌از آدنم پزشک معالج را بسوی تشخیص کسالت واقعی‌یعنی‌آدنم پرستات راه‌نمائی خواهد کرد .

سوم ـ نکات تشخیصی دیگر ـ پس از تشخیص قطعی بیماری باید وضع سایر اعضاء و بخصوص مثانه و گرده ها رابوسیله‌سیستوسکپی ، رادیوگرافی ، تعین ضریب‌ثابت‌آمبار ، تعیین‌قدرت‌دفع گرده‌هاباآزمایش‌فنول‌سولفون‌فتالئین (P. S. P) و غیره روشن نمود تاآنکه بتوان راجع بدرمان بیماری تصمیم مقتضی‌اتخاذ کرد .

درمان ـ برای درمان عظم غده وزی طریقه‌های مختلفی مرسوم وهریك‌از آنها (جراحی و یا پزشکی) هم‌بنوبه‌خود حائزاهمیت و بنحوی هستند که مدتی کم و بیش‌طولانی رفع شکایت بیماران را نموده و یا آنانرا برای همیشه از حوادث این کسالت بر کنار میدارند .

بین درمانهای متعدد ومتداول این‌بیماری آنچه که امروزه مورد قبول عامه ومفید بحال‌بیماران است یکدسته درمان های تقریباً اساسی وحقیقی مثل برداشتن

غده وزی از بالای استخوان شرمگاه و معالجات با برق؛ و یك دسته هم معالجات تسکینی هستند که درموارد عدم امکان انجام درمان های اساسی ، یاهنگام حاضر کردن بیمار برای عمل جراحی، و یا برای رفع عوارضی که در مراحل مختلف بیماری پیشآمد میکنند بکار برده میشوند مثل میل‌زدن مثانه ، سیستوستومی ، میل متمکن گذاردن ، معالجات با رادیوم وغیره .

درهر حال چون بیماران مبتلا بآدنم پرستات یا بواسطه ناراحتی های‌حاصله از وجود غده ، ویا در اثر ابتلاء بیکی از عوارض یا حوادث آن مراجعه میکنند بهتر آن خواهد بود که درمان هریك از آنها را جداگانه مورد بررسی قرارداد .

درمان عظم غده وزی.

چون کمتراتفاق‌میافتد که آدنم غده وزی عمل‌جراحی فوری‌لازم داشته‌باشد لذا قبل‌ازهر چیز بیمار را تحت یك درمان بهداشتی و دوائی قرار میدهند تاآنکه با اجرای آزمایشهای لازم بتوانند قابل عمل بودن یا نبودن ویرا معین نمایند .

۱ - درمان بهداشتی و دوائی یا درمان تسکینی - درمان بهداشتی برای هر سه دوره بیماری تقریباً یکسان وشامل دستورات زیر میباشد :

بیمار باید خود را زیاد خسته‌نکند اما ازاستراحت‌های طولانی‌دررختخواب، نشستن زیاددریکجا، مسافرت‌های طولانی با راه‌آهن‌یااتومبیل، وبالاخره دوچرخه سواری واسب‌سواری که‌موجب پرخونی غده وزی میباشند پرهیز نموده ، وپس‌از هر مرتبه غذا خوردن هم مدت ده دقیقه قدم بزند .

ازخوردن غذاهای محرك ، ادویه‌جات، مشروبات الکلی، و زیاده روی در غذاهای مجاز ومشروبات مدر بپرهیزد ، و درضمن هم دقت کند که‌اجابت مزاجش مرتب باشد .

بالاخره هنگام بروز حس ادرار از تخلیه مثانه خود داری ننماید ، وهر گاه که میل ورغبتی بمقاربت درخود دید بدون آنکه در دفعات آن زیاده روی کند و یا درهر دفعه مقاربت زیاده از حد معمول معطل شود خود را راضی سازد .

معالجات دوائی - الف اگر بیمارمبتلابآدنم از درد وسوزش هنگام ادرار

کردن وزور وپیچ درآن موقع شکایت داشته باشد بهترین راه تسکینش تجویز تنقیه‌های مسکن ویا شیاف های مسکن خواهد بود .

یك تنقیه مسکن تشکیل میشود از ۱۰۰ گرم آب جوشیده که یکی دو گرم آنتی پیرین ، یاکلرال ، و یا ده بیست قطره‌لودانم بآن افزوده باشند . این تنقیه مسکن را شب هنگام و موقع خواب و پس‌از یك تنقیه تخلیه‌ای به بیمار میدهند تا آنکه بتواند آنرا نگه دارد ؛ اما شیاف‌های مسکن را که مواد عامله ای متعدد و نظیر بلادن ، ژوسکیام ، گاردنال ، ترکیبات‌تریاك‌وغیره‌دارند روزانه وهر روزهم دوسه‌بارمورد استفاده‌قرار میدهند :

عصاره بلادن	دو سانتی گرم
کلرئیدرات دومرفین	یك « «
عصاره هامامیلیس	پنج « «
کره کاکائو	دو تا سه «

برای یك شیاف نمره .... روزی دویا سه‌عدد استعمال نمایند.

شیاف مزبورعلاوه برآنکه ضد درد و مسکن میباشد ضداحتقان غده‌وزی نیز خواهد بود .

ب ــ اگر از نقص تخلیه مثانه و بالنتیجه تکرر ادرار شاکی باشد ممکن است با تجویزاستریکنین بتنهائی ویا توأم با ترکیبات دیگرقدرت عضلانی‌مثانه‌اش را بالا برد چنانچه تجویز حب‌های مشکله از :

سولفات‌دواستریکنین	یك میلی گرم
عصاره سانتوره(۱)	پنج‌سانتی «
پودر ژانسیان	مقدار کافی‌برای یك‌حب

قبل از هر غذا علاوه برتقویت عضلات مثانه و حالت عمومی اشتهای بیمار را نیز زیادتر مینماید .

---

1 — Extrait de centaurée

ج ـ اگر در پیشاب بیمار چرکی وجود داشته باشد از داروهای ضدعفونی کننده ادراری از قبیل اوروتروپین ، بلودومتیلین ، سولفامیدها وغیره استفاده نموده ؛ ویا به‌شستشوی مثانه با محلول نیترات دارژان یك درهزار ، یا اکسی سیانوردومرکور یك درچهار هزار مبادرت میورزند ؛ و چنانچه احتقان زیاده ازحد آدنم هم مسبب ناراحتی شده باشد روزی دو سه عدد از کاشه‌های (ارگودوسگل ۳۰ سانتی گرم و کربنات دولیتین ۲۰ سانتی گرم) تجویز میکنند ، و یا پنج گرم عصاره مایع هامامليس را به صد گرم آب جوشیده گرم اضافه نموده و شب هنگام به بیمار تنقیه مینمایند .

د ـ بالاخره اگر وجود باقی‌مانده در مثانه محرز گردد تخلیه مرتب آن به تخفیف تکرر ادرار و ناراحتی بیمار کمك خواهد کرد . اگر مقدار باقی مانده از ۲۰۰ گرم تجاوز ننموده باشد روزی یکبار و اگر ازپانصد گرم زیادتر شده باشد روزی دو بار با نهایت دقت مثانه‌رامیل‌میزنند . چنانچه بیمارمبتلادرمرحله‌شاش‌بند ناقص و همراه با اتساع باشد بعقیده ماریون بهتر آن خواهد بود که پس از میل زدن مثانه بجای تخلیه آنی و کامل آن میل‌را متمکن گذارده و سوراخ آنرا بنحوی مسدود کنند که پیشاب موجوده در مثانه قطره‌قطره خارج و درعرض ۵ تا ٦ روز تمامی آن خالی شود (تخلیه تدریجی) (۱) ، زیرا تخلیه سریع و کامل مثانه بهنگام اتساع موجب پیدایش احتقانی شدید (۲) در عروق پرستات و مثانه و حتی گرده‌ها شده و ممکن‌است بول‌الدم وحشت‌زائی را سبب گردد . با این طریق‌تخلیه‌تدریجی علاوه بررفع احتباس ادراری و بهبود حالت عمومی و همچنین پائین آمدن مقدار اوره خون ، طرز ادرار کردن بیمار نیز تغییر نموده و احتمال آن میرود که پس از درآوردن میل تخلیه مثانه کامل و بمیل بیمار انجام پذیرد (اگر پس ازدرآوردن میل بازهم تخلیه‌مثانه ناقص باشد برای هر ٤۰۰ گرم باقی‌مانده آن یکمرتبه درروز مثانه را میل میزنند) .

1 — Sonde à debit ralanti 2 — Congestion à vacuo

تبصره - چون میل‌زدن مکرر این بیماران بهر اندازه هم که با رعایت نظافت انجام پذیرد باز هم آنانرا در معرض خطر عفونت قرار خواهد داد لذا بهتر آنست که هرچه زود تر فکری اساسی در باره مبتلایان نموده و یا لااقل بجای میل زدنهای مکرر میل متمکنی درمجرایشان بگذارند که هردو سه روز یکمرتبه‌عوض گردد.

۳-درمان‌اساسی — پس ازآنکه بیمار مبتلا بآدنم پرستات رابرای مدتی با معالجات تسکینی تحت نظر گرفته وآزمایشهای سریری ولابراتواری وی‌را کامل نمودند برحسب نتایج حاصله‌بیکی از اعمال سه‌گانه زیریعنی درآوردن کامل‌غده، برداشتن قسمتی از آن بوسیله رزکتور، ویا سوزاندن آن با جرقه الکتریکی متوسل میشوند.

درآوردن غده وزی از بالای استخوان شرمگاه (۱) — انجام‌این عمل بدست متخصص نه تنها موجب رفع شکایات بیماران و نجاتشان ازشرحوادث اتفاقی‌بیماری است، بلکه بطور محسوس خصایص جوانی‌آنان را نیز عودت داده ومرگ ومیر چندانی هم نخواهد داشت (۳ تا ۸ درصد).

همچنین اگربدی حالت‌عمومی، زیاد بودن مقدار اوزه خون، ویا عفونت‌موجوده در ادرار مسبب پیش بینی خطری برای عمل باشند تقسیم عمل بدو نوبت (نوبت اول باز کردن مثانه وزه کشی گرده‌ها، ونوبت دوم درآوردن غده وزی و بستن زخم) واجرای دومی آن بفاصله‌لازم پیشآمد خطررا مرتفع‌نموده وعمل را عاقبت بخیر خواهد کرد.

درچه مواردی‌آدنم پری‌اورترال را برمیدارند؟ — مواردی که عمل جراحی معالج عظم غده وزی است عبارتند از:

۱— نزد بیمار تحت نظری که روز بروز نشانی‌های بیماریش شدت نموده و حدس‌آن زده میشود که بزودی مجبور به میل زدن مثانه برای تخلیه‌آن‌خواهد شد؛ بعلاوه معلوم هم نباشد که در مراحل بعدی قدرت تحمل عمل را خواهد

---

1 – Prostatectomie sus pubienne de Frayer

داشت یا نه .

۲ ــ نزد بیماری که بعلت لزوم میل‌زدن مرتب در معرض خطرعفونت‌قرار گرفته باشد .

۳ ــ نزد بیماریکه مکرر بعوارض یا حوادث خطرناك بول‌الدم ، شاش‌بند کامل ، ورم بیضه ، سنگ مثانه و غیره مبتلا شده و یا با کشف هسته‌های سرطانی تبدیل شدن‌آدنمش بسرطان محرز ومسلم گردد .

در چه مواردی از برداشتن آدنم خودداری می‌نمایند ؟ ــ گذشته از مواردیکه بعلت سل ویا سرطان اعضای دیگر عمل جراحی بیمار جائز نباشد ، در سایر مواردنیز نباید بدون دقت کافی اقدام بعمل کرد .

اگرسن بیمار زیاد یا حالت عمومیش خراب باشد ، و اگرکار قلب و ریه یا کبدش رضایت‌بخش نباشد قبلااورا تحت معالجات مخصوصی‌قرار داده‌وبا گذاردن میل متمکن گرده‌هایش را زه کشی مینمایند تا شاید بدین وسیله وی را برای عمل جراحی حاضر نموده و با طریقه دوزمانی (۱) موفقیتی بدست آرند (فاصله بین‌دو عمل بستگی کامل به بهبود حالت عمومی ، پائین آمدن مقدار اوره خون ، وتخفیف یافتن یا از بین رفتن عفونت ادراری خواهد داشت) .

درمواردیکه کار گرده‌ها رضایت‌بخش نباشد اگر مقدار اوره خون از یك گرم تجاوزنکرده بطریقه دوزمانی عمل میکنند ، واگر از این مقدار هم متجاوز باشدقبلا بیماررا تحت‌معالجه پزشکی‌قرارداده وباگذاردن میل‌متمکن گرده‌هایش‌را زه کشی مینمایند تا در صورت پائین آمدن مقدار اوره خون تصمیم بعمل گرفته والا که ازانجام‌آن صرفنظر کنند .

گرچه بدکارکردن گرده ها با بدی ضریب ثابت آمبار (در حالت طبیعی ۰/۰۷ وهرچه گرده‌ها معوف‌تر باشندآن نیز زیادتر خواهد شد) رابطه مستقیمی دارد ، اما با وجود این آنچه که بهتر میتواند دراینگونه موارد راهنمای عمل باشد تعیین قدرت دفع گرده‌ها نسبت به فنل سولفن فتالئین (P.S.P) است که اگر مقدار آن

1 – Opération en deux temps

از ۰٫٤ درصد بپائین باشد مانع از انجام عمل خواهد بود .

بالاخره وجود آلبومینوری و یا رکود نمك در بدن مانع ازعمل نیست ، اما گرفتاری گرده ها بیك پیلو نفریت ، آنهم عفونتی که با درمان های پزشکی و گذاردن مکرر میل متمکن بهبودی نیابد وخامت آتیه عمل را مسلم خواهد کرد.

روش عمل - اول - طریقه دوزمانی(۱) .

الف ــ درمرحله اول یا مرحله سیستوستومی ساده نخست شکم را در خط وسط و دو بند انگشت در بالای استخوان عانه به اندازه سه تا ه سانتی متر باز می کنند .

۲ ــ مثانه را از هوا پر کرده و بن بست صفاقی که سطح قدامی مثانه رامستور مینماید بالامیزنند .

۳ ــ مثانه را در طرفین خط وسط بوسیله دو رشته کات گوت گرفته و در وسط دو نخ آنرا شکافی طولی و باندازه یکی دو سانتیمتر میدهند.

٤ ــ پس از بازشدن فضای داخلی مثانه وتفتیش درونی آن با انگشت یك سند دوپزر درآن گذارده وزخم حاصله را مجدداً می بندند .

ب ــ درمرحله دوم یا مرحله پرستاتکتومی فرییر(۲) نخست سند دوپزرا که مدتی کم یا زیاد طولانی در مثانه بوده (مدت لازم برای بهبود حالت عمومی و پائین آمدن مقدار اوره خون) درآورده ، وسوراخ مثانه را با بوژی های هگار وتا نمره ۲۵ گشادمیکنند .

۲ ــ انگشت سبابه دست راست را داخل مثانه وانگشت سبابه دست چپ را بداخل مقعد وارد میکنند.

۳ ــ با انگشت داخل مقعد آدنم را ببالا رانده و با ناخن انگشت داخل مثانه که بسرون عنق داخل شده کمی از مخاط را پاره کرده و پس از رسیدن به

---

1 — Opération en deux temps 2 — Frayer

فضای سلولی اطراف تومور(۱) دور تا دور آنرا با انگشت میپیمایند.

۴ـ پس ازجدا نمودن تومورازعنق مثانه وجه اتصال باقیمانده آنرا نیز که قسمتی ازمجرای خلفی است با ناخن بریده وآنرا به بیرون میآورند .

۵ـ بالاخره پس از اطمینان کامل از درآوردن غده ، حفره حاصله را با گاز یدوفرمه پر کرده و یك سوند ماریون هم در سوراخ مثانه میگذارند .

دوم ـ طریقه یك زمانی(۲) ـ روش عمل دراین طریقه بعینه مثل طریقه دو زمانی است با این تفاوت که دراینجا باز کردن مثانه ودرآوردن تومور دریك جلسه انجام خواهد پذیرفت .

تراش الکتریکی غده وزی ازپیشابراه (۳) ـ مهمترین اسبابی که برای این تراش بکار برده میشود ماك کارتی(۴) وستونس(۵) است که از۱۹۱۳ باین طرف مورد استفاده میباشد .

این روش درمان در نزد اشخاص مبتلا بعفونت دستگاه ادراری و آنانکه حالت عمومی رضایتبخشی ندارند خالی از خطر نیست ، درنزد سایرین هم با وجود طولانی بودن مدت درمان و احتمال پیشآمد حوادثی خطرناك مانند هماتوری (بلافاصله پس از انجام عمل ویا پس از کنده شدن اسکارجای زخم)، عفونت (آماس مثانه یا گرده ولگنچه)، اورمی، وبالاخره عوارض قلبی وریوی بازهم نتیجه حاصله موقتی ونسبی خواهد بود .

با درنظر گرفتن نکات مزبور ماریون عقیده دارد که این روش درمان تنها نزد بیمارانی میتواند مورد استفاده قرار گیرد که اولا یکی از علل نامبرده در پرستاتکتومی نتوانندتحت عمل جراحی قرار گیرند ، ثانیاً همهنوز قدرت ومقاومتشان باقی بوده و یا کبر سنشان اجازه عود بیماری را ندهد . اما برعکس نزد بیماران مبتلا بعفونت های شدید دستگاه ادراری ، یا آنانکه قلب سالم ندارند ، یا گرده هایشان خوب کار نمیکنند ، ویابالاخره خیلی ازحال رفته اندخطرناك بودن آن

---

1 — Space de clivage 2 — Opération à un seul temps
3 — Eléctro résection endoscopique 4 — Mac Carthy
5 — Stevens.

محرز ومسلم میباشد.

درمان بوسیله جرقه الکتریکی (۱).

این روش درمان که بوسیله لوئیس(۲) پیشنهادشده‌است در مواردیکه لب‌های جانبی پرستات سلامت وتنها لب وسطای آن کمی بزرگ شده باشد مورد استفاده قرار میگیرد .

درمان عوارض یاحوادث آدنم.

۱ - شاش‌بند کامل - الف - در احتباس ادراری کامل و حاد میل‌زدن مثانه بیمار واجب ، و درانجام آنهم تنها رعایت نوع‌میل انتخابی لازم واطلاع از امکان پیدایش بول‌الدم‌تخلیه‌ای کافی‌خواهدبود .

نوع میل انتخابی درنزد پرستاتیك های مبتلا به شاش‌بند یك میل صمغی نوك خمیده است (سند بکی) که اگرنتواند ازمجرا عبورنماید بترتیب تقدم یك میل نرم نوك خمیده و زیتونی ، یا میل صمغی با انحناء بنیکه ، و یا میل صمغی نوك خمیده همراه باماندرن را بجای‌آن‌انتخاب‌می کنند؛ وچنانچه هیچیك ازاین‌میلهاهم نتوانند مجرا را بگذرند بزل مثانه باید کرد .

امابرای جلوگیری ازهماتوری تخلیه‌ای نخست مقدار ۶۰۰ تا ۸۰۰ سانتیمتر مکعب ادرار بیمار راگرفته ، و سپس هرچهار یا پنج ساعت یکمرتبه این عمل را تکرارمیکنند تاوقتیکه پیشاب محتوی مثانه کاملا خالی‌شود . حال‌اگر بعلتی‌میل‌زدن مکرر بیمارمیسر نباشد ممکن است میل را درهمان جلسه اول متمکن گذارده ، و هرچهار یا پنج ساعت یکبار دهانه آنرا باز کنند تاآنکه مقدار پیشاب لازم ازآن خارج شود . همچنین اگر ادرار بیمار چرکین و کدر باشد بهترآنست که درهمان جلسه اول تمامی ادرار را گرفته و بجای آن محلول سه درصد اسیدبوریك تزریق نمایند . برای‌اینکارهم پس‌از گرفتن ششصد سانتی‌مترمکعب ازمجموع ادرار ۶۰۰ سانتی‌مترمکعب از محلول اسیدبوریك درمثانه تزریق نموده ، و پس‌ازاین تزریق مجدداً ۶۰۰ سانتی‌متر مکعب ادرارگرفته وبهمان اندازه از محلول درمثانه داخل

---

1 — Forage de la prostate 2 – Luys .

میکنند، و همینطور گرفتن ادرار و تزریق دارو را ادامه میدهند تاآنکه تمامی پیشاب تبدیل به محلول اسیدبوریك گردد.

ب ـ درشاش‌بند کامل و مزمن نیز مثانه بیمار را بهمان طریقه‌ایکه باقیمانده ادراری را خارج میکنند خالی باید کرد یعنی برای هر ۴۰۰ گرم ادرارمترشحه و یا باقیمانده درمثانه یکمرتبه درروزمیل باید زد، منتها دراینگونه مواردهم اگربجای میل‌زدنهای مکرر یك‌میل متمکن‌درمجرا بگذارند وهرچهار یا پنج ساعت یکبار آنرا باز کنند تامقدار پیشاب لازم دفع گردد (۱) بهتر خواهد بود زیرا این عمل ازیکطرف بیماررا ازتحمل‌رنج میل‌زدن‌های مکرر خلاص‌نموده، وازطرف دیگر ازبروزعفونت ویا شدت عفونت موجوده جلوگیری خواهد کرد.

۲ـ بی‌اختیاری درادرار ـ این عارضه اگر با اتساع مثانه همراه نباشد معالجه‌اش اتساع ساده مجرا، واگر همراه آنست بهترین راه علاجش میل متمکن خواهد بود (این بیماران هرچه زودتر باید عمل شوند).

۳ـ بول‌الدم ـ درهماتوری‌های خودبخودی ویاحاصله ازمیل‌زدن مجرا اگر شدت خونریزی کم‌باشد تنهابضدعفونی کردن‌مثانه وتجویزداروهای ضدخونریزی قناعت میکنند، اما اگر مقدار آن زیاد و شدتش قابل‌توجه باشد یك میل متمکن درمجرا گذارده و سعی میکنند که لخته‌های موجوده درمثانه را نیزخالی نمایند. بالاخره اگر پس‌از گذاردن میل متمکن‌هم خونریزی ادامه یابد مثانه را بامحلول گرم‌آنتی پیرین ۴درصد میشویند، ودرصورت عدم‌موفقیت دربندآوردن خونریزی مثانه راباز کرده وپس‌ازمعاینه کامل درون‌آن عامل‌اصلی‌مولد خونریزی که یاخود ویا ضایعه دیگری است درمان مینمایند.

۴ ـ عوارض عفونی ـ در پرستاتیت های منضم بآدنم اگر معالجات معمولی مؤثرواقع نگردند، ویا دمل حاصله ازآنها درمجرای پیشاب سرباز نماید تنها راه موفقیت برداشتن‌آدنم وباز کردن حفره چرکین ازراه مثانه خواهد بود.

درورم بیضه پرستاتیك ها راه درمان همان معالجات معمولی است، اما اگر

---

1 – Sonde à demeure déambulatoire

بروز این عارضه بعلت میل‌زدن مجرا و یا گذاردن میل متمکن باشد چه باید کرد ؟ آیا باید ازمیل زدن مجرا صرفنظر نمود ، و یا میل‌زدن و گذاردن میل متمکن را ادامه داده وورم بیضه را دردرجه دوم اهمیت قرارداد ؟

ـدراینگونه‌موارد اگر وضع بیمار بنحوی‌است که احتیاج بمیل زدنش حتمی است تخلیه مثانه را ادامه باید داد ، در صورتی هم که ورم بیضه طولانی شده و یا مرتباً عود کند مجاری برنده را (۱) باید بست ، وچنانچه آماس بیضه بچرك بنشیند تمامی آنرا باید برداشت .

در آماس حاد مثانه تقطیر نیترات دارژان یك درصد کرده و درصورت نیاز میل متمکن میگذارند ، اما درآماس‌های مزمن آن تنها بشستشوی مثانه با نیترات دارژان یك درهزار قناعت نموده ، واگر هریك از سیستیت‌ها هم همراه با عفونت ادراری باشند سیستوستومی مینمایند .

بالاخره در آماس گرده و لگنچه بهترین راه درمان ممکنه زه کشی این اعضاء بوسیله میل متمکن خواهد بود .

۵ ـ عوارض دیگر ـ در تبدیل شدن آدنم غده وزی بسرطان تنها راه‌معالجه برداشتن تومور ، در تصلب گرده‌ها سیستوستومی یا میل متمکن ، ودر سنگ‌مثانه معالجه همان است که درغیر موارد این بیماری خواهد بود .

آخرین اطلاعات درباره آدنم پری‌اورترال

عوارض ـ یکی از عوارض وجود آدنوم پرستات مسلول شدن آنست که اولین مرتبه دوورژی (۲) در۱۹۲۳ ابسرواسیونی درباره آن منتشر کرد . بعد ازآن هم یك جراح آلمانی ابسرواسیون دیگری در این زمینه گزارش نموده و در انگلستان نیز پی بوجود آن بردند .

بالاخره گذشته از ابسرواسیون های لوگو ، ماریون ، و ارلیاك (۳) آقایان

---

1 — Canaux déférants 2 — Duvergey 3 — Legueu' Marion et Varliaque .

سیبر و پرن (۱) نیز ابسرواسیون‌های دیگری از این بیماری بدست آورده و منتشر کرده‌اند.

درمان آدنوم پری اورترال.

در سالهای اخیر گذشته از تغییرات زیادی که در روش درمان جراحی آدنم پرستات داده شده است، معالجه دوائی جدیدی نیز برای آن پیشنهاد نموده‌اند که دانستن هریك از آنها بنوبه خود حائز اهمیت میباشد.

معالجه‌دوائی ــ از سال ۱۹٤٥ تا ۱۹٤۷ یعنی پس از پیدایش هورمون‌های استروژن (۲) برخی از متخصصین عده‌ای از بیماران مبتلا بآدنوم پرستات را تحت معالجه با استیل بسترول (۳) و هگزسترول (٤) قرار داده (روزی پنج میلی گرم داخل عضلانی تا سه ماه)، گاهی ۱۰۰ درصد، گاهی ۳۰ و گاهی هم پانزده درصد نتیجه مثبت گرفته‌اند.

معالجه جراحی ـ از معالجات جراحی مهم آدنم پرستات یکی رزکسیون آندوسکوپیك و دیگری پرستاتکتومی است که قبلا هم متداول بوده و اخیراً در نوع دوم آن تغییرات مهمی داده شده است.

رزکسیون آندوسکوپیك ـ بنا برعقیده عده زیادی ازمتخصصین اگر مقدار اوره خون بیمار مبتلا بآدنم پرستات که تحت رژیم غـذائی است پائین نیامده و به اندازه ثابتی باقی بماند وجود این اورمی مانع از انجام رزکسیون آندوسکوپیك نخواهد بود، چنانچه گرین وتومیسون (٥) در ٥٤ ابسرواسیونی که‌دراین باره منتشر نموده‌اند متذکر میشوند که مقدار اوره خون بعضی از بیمارانشان از یك گرم هم متجاوز بوده.

در ۱۹٤٥ گرین و کوك (٦) در حدود ۱۳۱۷ ابسرواسیون دیگر در ایـن زمینه منتشر کرده و یادآور شده‌اند کـه بیمارانشان از روز دوم تا هشتم بعد از عمل

1— J. Cibert et J. Perrin 2—Hormones oestrogenes 3—Stilboestrol 4—Héxoestrol 5—L. F. green et Thompson 6—Emmette Cook.

مرخص میشده‌اند .

همچنین میلنر (۱) که روی ۲٤٥۰ بیمار مبتلا بآدنوم پرستات یا سرطان آن و یا بیماری عنق مثانه رز کسیون نموده بـاین نتیجه رسیده است که تلفـات بیمارانش در این عمل درحدود دو و نیم درصد بوده ، در روز دوم عمل راه میرفته و درروز هفتم هم مرخص میشده‌اند .

پرستاتکتومی ـ گذشته از روش پرستـاکتومی عجانی (۲) که قبلا متداول بوده و در سال ۱۹٤٥ هم شاف‌هوزر (۳) ۱۳۱۳ اپسرواسیون درآن زمینه منتشر کرده و آنرا عملی بی‌خطر دانسته است (بیمـارانش از روز دوم راه میرفته‌اند ، روزهفتم سوند مجرایشان را بر میداشته وروز چهاردهم هم مرخصشان میکرده) اخیـراً در روش پرستاتکتومی فریبر(٤) تغییراتی داده‌اند کـه خلاصه آنهـا بدین قرار است :

۱) ـ پرستاتکتومی خارج مثانی(۵).

در اکـتبر ۱۹٤٥ ترنس میلن (٦) طریقه جدیدی برای پرستاتکتومی در مجمع اورولژی انگلستان مطرح کرد که پس ازآزمایش در روی ۲۰ بیمار مبتلا بآدنوم تصمیم بطرح آن گرفته بود . نامبرده پس ازآن هـم در آوریل ۱۹٤٦ گزارش‌عمل ۲۰۰ بیمار دیگرمبتلا بآدنم پرستات راکه بهمین طریقه انجام داده‌بود درمجله طبی هیئت پزشگی‌پادشاهی‌انگلستان‌منتشر کرده وطبق‌مجموع آنها نسبت تلفات بیماران‌را در طریقه پیشنهادی خودبچهار درصد خلاصه نمود .

در ژوئن ۱۹٤٦ پرفسور ف (۷)عمل یازده بیماری راکه بطریقه میلن‌انجام داده بودگزارش کرده ، و پس از تـذکر اپسرواسیون‌های گوورنور (۸) متذکر میشود که این روش درمان فوق‌العاده عملی‌است‌اما مشروط برآنکه بدست‌شخصی

---

1 – Williame A. Milner 2 – Prostatectomie périnéale 3 – Schoffhauser 4 – Freyer 5 – Prostatectomie extra - vésicale 6 – Terence Millin 7 – P. Fey 8 – Gouverneur .

عامل انجام پذیرد .

بالاخره در مارس ۱۹٤۸ هم پرفسور سیبر(۱) گزارشی راجع به ۳۰۰ بیمار مبتلا به آدنوم پرستات که بطریقه میلن عمل نموده بود منتشر کرده ، و هنگام سخنرانی خود در الجزیره این طریقه عمل را تمجید نموده و نسبت مرگ و میر در آنرا هم بالغ بر ٦ درصد متذکر شده است .

روش عمل ــ الف ــ شکم را در خط وسط و در محل سیستوستومی به اندازه هفت تا نه سانتی‌متر باز کرده و سطوح قدامی و جانبی مثانه را از پرده صفاق آزاد مینمایند .

ب ــ دریك سانتی‌متری پائین عنق مثانه ورقه لیفی جلوی این عضو ، و ورقه لیفی سطح قدامی محفظه پرستات را که در زیر آن قرار دارد بشکل هلالی که تحدبش بپائین باشد با چاقوی الکتریکی و یا با چاقوی معمولی میبرند.

ج ــ پس از باز کردن دولب این شکاف از یکدیگر و هموستاز کامل ، شکاف دیگری بشکل عدد ۷ که نوکش بپائین باشد در روی ورقه لیفی نازکی که در سطح قدامی پرستات باقی مانده است داده ، و پس از بالا زدن ورقه فوقانی آن جسم آدنوم را مشاهده مینمایند (در مواردی که سنگی در مثانه وجود داشته ویا توموری هم در نزدیکی عنق باشد شکافهای مزبور را مطابق خطی مستقیم و طولی میدهند تاآنکه داخل مثانه را نیز بتوانند به بینند) .

د ــ با نوك انگشت سبابه و درصورت نیاز با نوك قیچی جسم آدنوم را از محفظه خود بیرون آورده وآن قسمتی ازمجرای خلفی را هم که باآن چسبندگی کامل دارد قطع میکنند (در تمام این مدت انگشت کمك از داخل مقعدجسم آدنوم را به بالا وجلو میراند)

ه ــ پس از هموستاز کامل یك سوند نمره ۱۸ را از نوك سماخ مجرا وارد مثانه نموده، و پس از متمکن گذاردن آن ورقه لیفی عمقی جلوی محفظه پرستات را

---

1 - G. Cibert

بشکل سورژه (۱) ، و ورقه روئی آنرا با نقاط جداگانه دوخته ، پسودر سولفامید درزخم پاشیده ، درن کوچکی در زخم گذارده ، و جدارقدامی شکم را میدوزند .

و - اگرعوارض غیر منتظره‌ای پیش‌آمد ننماید در روز سوم وچهارم عمل درن شکم را در میآورند، درروز ششم و هفتم میل متمکن را خارج میکنند ، و در روز چهاردهم هم بیمار را مرخص مینمایند .

شرایط عمل آدنم‌پرستات بطریقه میلن - پس از پیدایش این طریقه کوولر(۲) نیز آنرا در روی ۱۲ بیمار بموقع اجرا گذارده و درضمن گزارش‌خود چنیین اظهار نظر مینماید :

پرستاتکتومی بطریقه‌میلن گرچه عملی‌است بی‌خطر ، معالج و با دوره کوتاه بعد از عمل ، اما با وجود این اولا هنگامی باید از آن استفاده شود که تمام‌شرایط یك پرستاتکتومی موجود باشند بنحویکه حتی عمل پرستاتکتومی دریك وحله‌نیز ممکن یعنی حالت عمومی بیمار رضایت‌بخش ، سنش متوسط ، ادرارش صاف ، و گرده‌هایش قدرت دفع کافی داشته باشند .

ثانیاً تنها درمعالجه آدنم پرستات مورد استفاده قرار گیرد نه درسرطان‌های‌پرستات وآدنوم هائی که چسبندگی داشته باشند .

ثالثاً آدنوم های با حجم متوسط را با این طریقه بر دارند زیرا بهتر است که آدنوم های کوچك را رزکسیون کنند وآدنوم‌های بزرگ را هم بطریقه فرییر ویا از راه عجان درآورند .

رابعاً در نزد بیمارانیکه سیستوستومی قبلی شده‌اند بهتر است که از همان طریقه فرییر استفاده‌نمایند .

پرستاتکتومی یك زمانی وآسپتیك (۳) .

در این طریق پرستاتکتومی که اولین‌مرتبه در مارس ۱۹٤٦ توسط

---

1 - Surjet 2 - R. Couvelaire 3 - Prostatectomie aseptique en un temps.

ویلسون‌هی(۱) (منچستر) بعد از آزمایش‌در روی ۵٦۵ بیمار مختلف بمجمع پزشکی لندن گـزارش داده شده ، و پس از آن هم سه نفر از جراحان بخارست روی ٤٤ بیمار دیگر مبتلا بآدنوم پرستات آزمایش نموده‌اند قبل از اقدام بعمل هیچگونه آزمایش اسبابی مثل میل‌زدن، سیستوسکوپی و غیره از بیمار نمیکنند و پس از در آوردن جسم آدنوم هم بطریقه فریبیر یك سوند از طریق قهقرائی(۲) درمجرا گذارده، مثانه را بسته، درنی دررتزیوس گذارده، وزخم سطحی را میدوزند(سه نفر جراحان اخیر مقداری سیترات دوسود پنج درصد هم در مثانه میگذارند تا آنکه مانع از ایجاد هماتوم گردد).

طبق ابسرواسیون‌هائیکه نامبردگان در این‌باره منتشر نموده‌اند نتیجه عمل حتی در مواقعی هم که مقداراوره خون بالا باشد (در بعضی موارد دو گرم) رضایت بخش خواهد بود .

۳) ـ پرستاتکتومی یك زمانی از راه مثانه وعجان .

درسال ۱۹٤۷ دارگه و بـالانژه (۳) طریقه دیگری‌را برای پرستاتکتومی پیشنهاد نموده‌اند که نکات مهم آن ازاین قرارند :

الف ـ باز کردن‌شکاف کوچکی‌درطرف راست عجان بنحویکه یك‌انگشت تا محفظه پرستات رفته و کمك بدرآوردن‌آن نماید .

ب ـ انجام یك سیستوستومی با سوراخ کوچك برای درآوردن آدنم.

ج ـ بستن‌مثانه پس از درآوردن آدنوم وزهکشی‌محفظه پرستات ازشکاف ناحیه عجان .

د ـ گذاردن میل متمکن در مجرا .

بیمارانیکه بدین طریقه تحت‌عمل قرار میگیرند بین روزهفتم تا دوازدهم مرخص میشوند .

۴)ـ پرستاتکتومی ساده یك زمانی(۴).

در این روش پرستاتکتومی کـه اولین مرتبه لبرن (۵) در فوریه ۱۹٤۸ و

---

1 – Wilson Hey 2 – Rétrograde 3 – R. Darget et R. Ballanger 4 – Prostatectomie simplifiée 5 – M. Lebrun

پس از آزمایش در روی ۳۵۰ بیمار مبتلا بآدنوم پرستات بمجمع اورولوژی فرانسه گزارش نموده هیچگونه آزمایش قبلی از بیمار بعمل نمیآورند. سن بیمار هرچه که باشد، مقدار اوره خونش بهراندازه که باشد وحالت عمومیش هم بهرنحوی که باشد اورا بطریقه فریبرودر یك وحله عمل مینمایند. پس از انجام عمل هم مثانه را بجدار نمیدوزند، گاهی مش (۱) گذارده و گاهی نمیگذارند، اما بطور کلی نتایج عمل را رضایت‌بخش دانسته و مرگ ومیردر آنرا هم بنسبت ۴/۵ درصد متذکر میگردد (بیمار بین روز چهاردهم تا بیستم بعد از عمل بهبودی کامل میبابد).

---

1 - Mèche.

سوم ـ تومور های غده وزی

۱ ـ سرطان غده وزی (۱)

علت وسبب ـ سرطان غده وزی که مخصوص پیرمردان بوده و بیشتر ازموارد هم بین پنجاه تاهفتاد سالگی دیده میشود نسبتاً فراوان و تقریباً ده درصد از بیماریهای این غده راتشکیل میدهد .

این عارضه سرطانی گاهی بدون مقدمه و بشکل اولیه ، ندرتاً بطور ثانوی ودراثر سرطان مقعد ومثانه یااعضاء دیگر ، و بیشتر اوقات دراثر تبدیل شدن آدنم غده وزی بسرطان دامنگیر بیمار میگردد (طبق احصائیه الباران (۲) چهارده در صد ازآدنم های پرستات سرطانی بوده وآزمایشهای آسیب شناسی نیز آنرا تأیید مینمایند). گاهی هم اتفاق میافتد که پس ازبرداشتن آدنم پری اورترال بیماری سرطان روی غده وزی ظاهر شده وبرشد ونمو خود ادامه خواهد داد .

آسیب شناسی ـ سرطان غده وزی چه بر روی یك پرستات سالم ظاهر ، و چه برروی یك آدنم پری اورترال افزوده شده باشد نخست هسته منحصر بفرد ویا هسته‌های متعددی راتشکیل میدهد که‌قوامشان سخت ، حجمشان‌مختلف، حدودشان تقریباً مشخص بوده ، و با وجود آنکه حجم غده را بـزرگتر ازانـدازه طبیعی میکنند حدود آنرا بهیچوجه تغییر نمیدهند .

پس ازاین مرحله ابتدائی و هنگام‌پیشرفت بیماری کم کم هسته های‌سرطانی بیکدیگر نزدیکتر شده ، شکـل غده را تغییر داده ، حـدود آنرا محو نموده ، و بنسوج اطراف آن نیز انتشار میبابند .

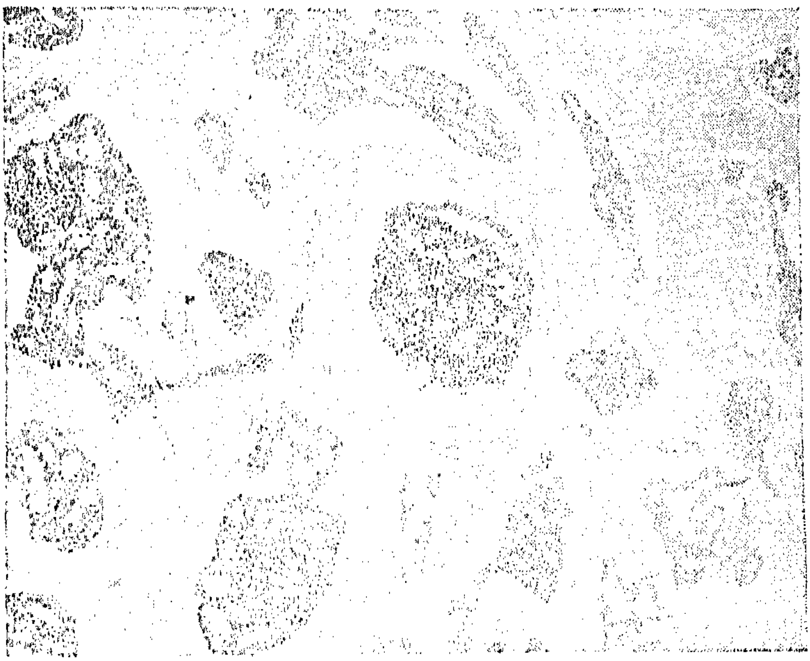
انتشار این عارضه سرطانی ونفوذ آن باطـراف از گـوشه هـای خارجی و بالائی پرستات‌یعنی در جهت مخازن منی شروع شده ، وسرعت پیشرفتشان بنحوی

1- Cancer de la prostate 2- Albarran

است که درمدت کوتاهی نسوج لگن کوچك را نیز یکسره مبتلا میسازد (۱) (شکل ۵۲)

اعضای دیگر هم که تحت تأثیر انتشار این بیماری واقع شده و سرطانی میشوند دردرجه اول مخازن منی ، بعد ازآنها مثانه ، وندرتاً مقعد ومجرای پیشاب یااعضاء دور دست دیگر بخصوص استخوانها میباشند .

درمراحل اولیه بیماری‌هسته های سرطانی پرستات برروی مجاری‌برنده(۲) فشار آورده وموجب تورم مخازن منی میگردند ، اما در مراحل آخر عارضه سرطانی بنسوج اطراف مخازن و خود آنها نیز سرایت کرده و موجب ابتلائشان میگردد .



شکل ۵۱ ــ ساختمان ریز بینی سرطان غده‌ای شکل پرستات

غدد لنفاوی موجوده درمسیرانتشار سرطان یعنی غدد لنفاوی‌هیپوگاستریك وایلیاك خارجی نیز متورم شده ، وغدد لنفاوی ناحیه مغبنی هم ازهمان مراحل‌اول

1-Carcinose prostato-pelvienne 2-Canaux déférants

متورم وسخت میگردند .

بالاخره هسته های سرطانی پرستات یااز جنس سرطان های غده ای (۱) و یااز جنس کارسینومها میباشند . درحالت اول منظره ذره بینی تومور شبیه بغده‌ای است ترشحی منتها خیلی نامنظم (شکل ۵۱) ، اما درحالت دوم بشکل حبابچه های کم و بیش منظمی است که ازسلول های گرد و چند ضلعی پرشده باشند .

نشانیها - سرطان‌غده وزی عموماً باعلائم و آثاری‌نظیر آدنم پری اورترال شروع میشود ، اما گاهی هم مبتلایان بآن ازاختلالات ادراری‌مهمی شکایت نداشته وتنها دردهای مختلف عجانی، عجزی، ویاعرق‌النسائی‌هستند که‌شروع کسالتشان‌را اعلام و بمراجعه بپزشک مجبورشان مینمایند .

در هر حال پس از شروع کسالت یا وضع بیمار برای مدتی نا معلوم بهمان حال مقدماتی‌باقی‌میماند، ویاآنکه علائم‌بیماری بسرعت‌تغییر کرده وشکل‌مخصوص نشانیهای سرطان رابخود میگیرند .

نشانی های عملی - مهمترین نشانی های اولیه و مورد شکایت بیمار تکرر ادرار شبانه وبعد شبانه روزی ، زور زدن هنگام ادرار ، تخلیه نشدن کامل مثانه (وجود باقی مانده) بهنگام ادرار ، وبالاخره شاش بندناقص ویاکامل است که‌بعینه درآدنم غده وزی هم جلب توجه مینمایند . اما دراینجا طولی نخواهد کشید که علائم عملی سه گانه ومشخص کننده سرطان یعنی بول الدم ، درد ، و ناراحتی های مقعدی ظاهر و پزشك معالج رامتوجه وجود این بیماری میکنند .

بول الدم سرطانی عموماً دیر رس بوده و کمتر اتفاق میافتد که در مراحل مقدماتی این بیماری دیده شود . مقدار این خونریزی زیاد ، پیدایش‌آن اغلب خود بخود ، وباوجود آنکه بایستی اولیه باشد بیشتر اوقات انتهائی است .

درد های سرطان پرستات که نتیجه انتشار وپیشرفت این عارضه میباشند نخست درنواحی عجان و آلت وزیر دل محسوس ، و سپس درمسیر اعصاب سیاتیك وابتوراتور ظاهر شده وبیمار مبتلا راناراحت‌مینمایند .

1- Epithélioma adénoïde

بالاخره ناراحتی های مقعدی حاصله دراین بیماری عبارتنداز اشکال‌دردفع، خونریزی ازمقعد، وحس زور وپیچ درموقع اجابت مزاج.

نشانیهای فیزیکی – نشانیهای فیزیکی سرطان غده وزی یعنی نتایج حاصله ازآزمایش مبتلایان برای تشخیص این بیماری فوق العاده نافع، ونتایج حاصله از توشه رکتال و سیستوسکپی برای توجه بنشانیهای فیزیکی این بیماری مفیدتر از سایر آزمایشها میباشند.

توشه رکتال - درتوشه رکتال یعنی آزمایش پرستات از راه مقعد که همیشه دردناك ونا راحت کننده است برحسب پیشرفت بیماری ونوع سرطان تغییرات مختلفی درساختمان‌غده وزی ممکن است ملاحظه گردد.

بعضی اوقات وجود یك یاچند هسته سرطانی سخت درروی پرستات قوام آنرا تغییر داده، ومنظره‌اش راشبیه بمنظره یك پرستاتیت مزمن می‌نمایند. (شکل پرستاتیك) (۱).

گاهی در روی آدنم پری اورترال هسته های سرطانی سفت و سختی دیده میشوند که سطح آنرا نامنظم میسازند.

گاهی غده وزی تمام خواص یك آدنم را نشان میدهد با این اختلاف که قوامش خیلی‌سخت وخشبی، یافوق العاده نرم‌و کیسه‌ای(۲)، ویادر بعضی نقاط‌سخت ودرنقاط دیگرکاملا نرم ومواج است.

گاهی حجم پرستات ازاندازه طبیعی هم کمتر، وتبدیل بصفحه سفت وسختی میگردد که زیر انگشت مانند صفحه چوبی حس میشود (۳).

بالاخره گاهی هم نه‌تنها خود غده وزی بزرگتر ازاندازه طبیعی و سخت و نامرتب میگردد، بلکه نسوج اطراف آن نیز در تشکیل این تومور شرکت جسته و تا آنجاکه انگشت میتواند حس کند یك توده بزرك و سخت و نا مرتب محسوس خواهد بود (٤).

1– Forme prostatique 2– Forme kystique
3– Squirre de la prostate
4– Carcinose prostato - pelvienne

سیستوسکپی - درسیستوسکپی این بیماران یاتنها تغییر شکل عنق مثانه و تورم (۱) مختصر آن ناحیه مشاهده میگردد، یابرآمدگی مثلث لیوتود (۲) بداخل مثانه که درحال طبیعی و درآدنم پری اورترال فرو رفته است جلب توجه مینماید (مشاهدات سوراکو)(۳)، ویابالاخره جوانه های سرطانی ویاغده سرطانی موجوده درمثانه و نزدیك بعنق کاملا واضح ووضعیتش بنحوی است که پزشك رادرتشخیص مبداء اولیه سرطان که آیا غده پرستات ویا مثانه بوده است مشکوك مینماید.

تفتیش مجرا - درتفتیش مجرای پیشاب گاهی طویل شدن مجرای خلفی، تغییر شکل موجوده در آن، و خونریزی حاصله از میل زدن محرز و گاهی هم کوچکترین موفقیتی برای گذراندن میل مفتش ازمجرا عاید نمیگردد.

غدد لنفاوی - گذشته از علائم فوق الذکر اگر غدد لنفاوی متورم و سختی در کشاله ران اشخاص شاکی ازعلائم آدنم پری اورترال دیده‌شوند سرطانی‌بودن پرستات ووخامت عاقبت آن محرز ومسلم میگردد.

بالاخره طبق آزمایشات لوگو (٤) تغییرات فرمول لوکوسیتر خون این بیماران کاملا مشخص وجزء علائم سرطان غده وزی بشمار میرود. پولینوکلئرهای خون دراین بیماری زیاد وسلول های ائوزینوفیلش کم میشوند، اما درآدنم پری اورترال تعداد پولی نوکلئرها طبیعی و برتعداد ائوزینوفیلها افزوده میگردد.

سیر و عاقبت - پیشرفت سرطان پرستات عموماًسریع وسرعتش بنسبت‌عکس سن بیمار تغییر میکند، اما بطور کلی ازهنگامیکه این عارضه سرطانی تشخیص داده شده تاموقعیکه‌مرك بیمار فرا میرسدازیکسال تاشش سال ممکن است بطول انجامد. درهر حال عاقبت این بیماری برای همیشه خطرناك ومرك حاصله ازآن هم نتیجه یك‌کاشکسی، یااضافه شدن عفونتهای ثانوی، ویابالاخره عفونت ادراری خواهد بود.

تشخیص - تشخیص سرطان پرستات درمراحل‌آخر بیماری یعنی هنگامیکه

1- Oedème 2- Lieutaud 3- Surraco 4- Legueu

بنسوج اطراف منتشر شده و تومور غیر محدود نا مرتب و سختی را تشکیل داده باشد آسان، ولی در مراحل اولیه ودر برخی موارد دیگر نسبتاً مشکل و گاهی هم فوق‌العاده دشوار است.

بعضی از اشکال سرطان پرستات باآدنم پری اورترال، بعضی دیگر باآماس های تحت حاد ومنتشر خود غده، برخی باآماس های مزمن آن، و بالاخره برخی دیگر هم باسل غده مزبور قابل اشتباهند. گاهی هم سنك های غده وزی و سیفلیس آن، یا بالاخره سرطان های مثانه ممکن است با سرطان پرستات اشتباه گردند.

سرطان وآدنم غده وزی - گرچه بعضی اوقات علائم وآثاراین دو بیماری کاملا مشابه ودرنظر اول ازیکدیگر غیر قابل تمیزند اماباوجود این دقت دروضع بیمار ونتایج حاصله ازآزمایش کامل وی پزشك معالج رابسمت تشخیص واقعی راهنمائی خواهد کرد.

آدنم غده وزی وسرطان آن هردو مخصوص پیر مردان هستند اماسرطان غده نامبرده قبل از ۵۰ سالگی وبعداز هفتاد سالگی زیادتر دیده میشود.

بیمار مبتلا بآدنم مدتها از تکرر ادرار تنها شکایت میکند، اما آنانکه سرطان پرستات دارند بتکرر ادرار و زور زدن هنگام ادرار کردن مبتلامیباشند.

در آدنم پرستات غدد لنفاوی کشاله ران متورم نمیشوند، پس اگر بیماری ازناراحتی های مشابه‌آدنم شاکی وغدد لنفاوی کشاله‌رانش هم سخت ومتورم‌شده باشند امکان سرطانی بودن تومورراباید بخاطر داشت.

نتیجه حاصله ازتوشه رکتال-آدنم پری اورترال حدودش مشخص، قوامش الاستیك، و سطحش هموار است اما سرطان غده مزبور قوامی سخت، سطحی ناهموار وحدودی غیر مشخص دارد.

درآدنم پرستات حجم مخازن منی تغییر نمیکند، پس اگر نشانیهای فیزیکی آدنم موجود و یکی یا هر دو مخزن منی هم پرومتورم باشند بعقیده ماریون غده موجوده سرطانی خواهد بود.

بالاخره اگر در حین توشه رکتال‌میلی راوارد مجرای خلفی نمایند حجم آدنوم مانع از ملامسه آن باانگشت درونی نمیباشد ، اما درسرطان پرستات ملامسه میل مزبور ازفاصله ضخامت تومور غیر ممکن خواهد بود (علامت شواسو)(۱).

بهرحال بایددانست که باوجودرعایت نکات فوق‌الذکر بازهم‌درپاره‌ای ازموارد تشخیص سرطان غده وزی از آدنم پری اورترال‌مشکل خواهد بود . از مهمترین این موارد هنگامی رابايد بخاطر داشت که روی یك آدنم پری اورترال آماس مزمن پرستات نیز افزوده شده باشد . دراین حالت گرچه مالش غده نامبرده‌هسته های مربوط بآماس مزمن را از بین میبرد اما بعقیده دسنوس (۲) ۹۰ در صد این قبیل آدنم‌ها سرطانی ومشکوك میباشند .

سرطان غده وزی و آماس تحت‌حاد ومنتشر آن - آماس های تحت حاد ومنتشر پرستات اغلب نزد جوانان دیده میشوند . سیر وپیشرفت آنها سریعتر از سرطان و درد های حاصله ازآنها نیز شدیدتر و ناراحت کننده‌تر میباشند . قوام آنها بسختی سرطان پرستات نیست ، اما وجود آثار عفونت درآنها ازعلائم حتمی بیماری خواهد بود .

سرطان غده‌وزی و آماس مزمن آن - دراین دو بیماری اختلالات ادراری یکسان ودرتوشه رکتال نیز هسته های متعددی درروی پرستات که ازاندازه‌طبیعی بزرگتر شده است محسوس است. هسته های التهابی تعداد شان زیادتر ،موضعشان پراکنده‌تر، وقوامشان نرم‌ترازهسته های سرطانی است؛ بعلاوه اگر آنهارامالش‌هم دهند ترشحاتی چرکین و یا چرك خالص بیرون میریزند که پس ازخروج آنها درچندین جلسه ماساژ متوالی تخفیف کلی درناراحتی های بیمار ایجاد شده و خود هسته‌ها نیز تقریباً مضمحل میگردند .

بالاخره تشخیص سرطان پرستات ازتومور های مثانه باسیستوسکوپی و توشه رکتال ، ازسنگهای این غده باراديو گرافی ، وازسيفليس آن که خیلی نادر است بادرمان آزمایشی داده خواهد شد .

1- Signe de Chevssu 2- Desnos

درمانـ درمان سرطان‌های پرستات برحسب قابل عمل بودن یا نبودن‌شان تفاوت دارد چنانچه درسرطان های قابل عمل درمان اساسی و کامل ، و در سرطان هـای غیر قابل عمل درمانهای تسکینی مورد استعمال پیدا میکنند .

سرطان های قابل عمل پرستات آنهائی هستند که بنسوج سلولی محیط‌غده، ودرصورت ابتلاء مخازن منی بنسوج سلولی محیط آنها نیز انتشار پیدا نکرده ،و بالنتیجه حد فاصل بین این اعضاء وانساج مجاور را (۱) ازبین نبرده باشند .درمان این دسته ازسرطان‌ها عمل جراحی است وفکرآنهم که مبادا غدد لنفاوی مربوطه نیز مبتلاشده‌باشند مانع ازعمل نخواهد بود، زیرادرهرحال‌برداشتن‌تومورسرطانی ازشدت رنج ومحنت بیمار خواهدکاست .

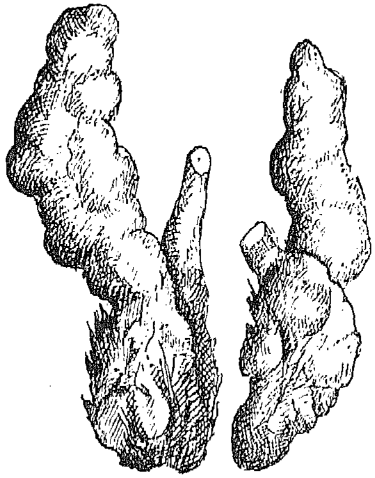
برعکس اگر عارضه سرطانی بنسوج سلولی محیط پرستات ویا مخازن‌منی سرایت کرده باشد ، یا باوجود محدود بودن ظاهری تومور درد های عمقی و غیر قابل تعبیری در نزد بیماروجود داشته باشند، ویا درسیستوسکپی بیمارانتشارعارضه سرطانی بمثانه نیز محرز گردد (هیچگاه نباید قبل از سیستوسکپی بعمل سرطان غده وزی مبادرت نمود) سرطان موجوده غیر قابل عمل خواهد بود .

سرطان های غیر قابل عمل پرستات بمراتب زیادتر ازسرطان های قابل‌عمل وتقریباً تمام اشکال سرطانی این غـده رابا‌ستثنـای سرطان هائیکه روی یك آدنم ثابت شده باشند تشکیل میـدهنـد . درحـالت اخیر بیـماران مبتلا بسرطان بعلـت اختلالات ادراری حاصله از وجود آدنم بموقع مراجعه کرده ، و بالنتیجه در ضمن آزمایششان هسته های سرطانی موجوده درسطح غده نیز کشف وتشخیص داده میشوند .

درمان اساسی یاروش عمل‌جراحی - بـرای بر داشتن تومور سرطانی پرستات یعنی آدنم پری‌اورترال بانضمام غده وزی‌ومخازن منی (شکل ۵۲) ممکن است ازدوراه مختلف اقدام بعمل کرد .

1- Space de clivage

ازدو راه مزبور یکی راه عجانی (۱) ودیگری راه مثانی است (۲) که از حیث‌دسترسی به‌تومور ، عدم دسترسی بغدد لنفاوی، و نتیجه نسبی عمل نسبت بیکدیگر



شکل ۵۲ — سرطان غده وزی که همراه بامخازن‌منی برداشته شده است

رجحانی ندارند ، اما بعقیده ماریون انتخاب راه مثانی بر راه عجانی برتری فوق العاده دارد زیرا مدت بستری شدن بیمار پس از انجام عمل از این راه خیلی کوتاه و بعینه مثل یك عمل آدنم است ، درصورتیکه‌انتخاب راه عجانی دراین‌مورد موجب طولانی شدن دوره بعد از عمل وامکان بروز فیستول هائی در آن موضع خواهد بود .

درمانهای تسکینی- درسرطان های محدود و غیرقابل‌عمل‌پرستات گذاردن رادیوم (۳) برای مدتی کم یازیاد طولانی بیمار راراحت نگه میدارد ، ولی بندرت هم اتفاق میافتد که بتوانند معالج قطعی بیماری واقع شود .

برای انجام این درمان تسکینی سوزنهای رادیوم رااز راه عجان در موضع غده میگذارند ، اما گاهی‌هم تومور سرطانی رااز راه مقعد ویامجرای پیشاب‌تحت

1- Voie périnéale 2- Voie sus pubienne
3- Radiumthérapie

تأثیر رادیوم قرار میدهند .

۲ـ در سرطان های منتشر غده وزی تنها باید بتسکین درد بیمار و درمان علامتی عوارض حاصله از وجود غده سرطانی اکتفا کرد .

برای تسکین درد بیمار ممکن است از دارو های مسکن بطور کلی ، و یا تزریق الکل درمحاذات ریشه دومین و سومین و چهارمین عصب عجزی (مقدار دو سانتی متر مکعب الکل رااز سوراخ‌های خلف عجزی درمحاذات اعصاب نامبرده تزریق میکنند) ، ویاتزریق کبراتوکسین (۱) استفاده نمود .

اما برای‌درمان‌عوارض حاصله ازاین‌بیماری بایدمتوجه بودکه حتی‌المقدور از بازکردن مثانه برحذر باشند (برخلاف آدنم پری اورترال) زیرا انجام این عمل جز افزایش ناراحتی های بیمار وشدت عجز وناتوانی وی فایده دیگری نخواهد داشت .

با این وصف بر فرض مبتلا بودن این بیماران بشاش بند مزمن بدون اتساع و یا همراه بااتساع باز هم باید بمیل زدن مثانه و یاگذاردن میل متمکن در مجرا قناعت کرد ، وتنها هنگامی بباز کردن مثانه اقدام نمود که میل زدن مجرا بعلت خونریزی فراوان یادرد زیاد و یا عدم امکان ورود آن غیر ممکن باشد .

۲ـ سارکوم غده وزی (۲)

سارکوم های غده وزی عموماً اولیه بوده و بیشتر از موارد هم نزد اطفال وجوانان دیده میشوند .

حجم این تومورها گاه متوسط و گاه باندازه‌ای بزرگ است که باسریک بچه قابل مقایسه میباشد . قوام آنها نرم ، سطحشان نامرتب ، ودر برش طولی یا عرضی هم منظره‌ای شبیه بمغز دارند .

ساختمان ذره‌بینی این تومورها یااز جنس سارکوم خالص یعنی سلول های

1- Cobra - toxine و 2- Sarcome de la prostate

گرد یاماسوره‌ای (۱) و یا از جنس انساج مختلفه عضلانی ، غضروفی ، غده‌ای و غیره میباشد (۲) .

نشانیهای این بیماری- یك عده اختلالات ادراری شبیه باختلالات ادراری پرستاتیك ها (تکرر ادرار ، زور زدن هنگام ادرار وغیره) ، ویك عده اختلالات مقعدی (اشکال دراجابت مزاج ، درد های مقعدی وغیره) هستند که بابزرك شدن پرستات همراهند .

تشخیص سارکوم پرستات که سیرش سریع وعاقبتش خطرناك استدر نزد اطفال خیلی آسان وتنها باسارکوم مثانه قابل اشتباه میباشد ؛ اما نزد اشخاص بالغ بادمل پرستات (حس تموج و علائم عفونت وجود دارد) ، یا کیست ئیداتیک (ائوزینوفیلی وخواص کیست)؛ ونزد پیرمردان هم باآدنم غده نامبرده ممکن‌است اشتباه گردد .

بالاخره درمان سارکوم پرستات درمان علامتی وتسکینی است زیرا عمل جراحی وبرداشتن این تومورها درنزد اطفال غیر ممکن ، و نزد اشخاص بالغ و پیرمردان هم تنها گاهی انجام پذیر است (اخیراً برای‌تسکین ناراحتی‌های بیماراز رادیوم استفاده مینمایند) .

آخرین اطلاعات درباره سرطان پرستات

درمان ـ گذشته ازدرمان جراحی ورادیوم‌تراپی سرطان پرستات که هنوز هم‌مورد توجه‌بعضی ازمتخصصین میباشد ، ازسال ۱۹٤۳ باین طرف درمان‌پزشکی این بیماری بااستروژن‌ها(۳) ، و درمان جراحی آن بوسیله برداشتن بیضه ها (٤) نیز متداول شده ونتایج حاصله ازآنها رضایت بخش بوده‌اند .

1- Plobo - cellulaire ou fuso - cellulaire

2 – Tumeur mixte   3- Strogènes   4- Castration

درمان بوسیله استروژن تنها (۱) - در ۱۹۴۶ لوئی میشون (۲) ابسرواسیون ۴۳ بیمار مبتلا بسرطان پرستات را که تنها بوسیله تزریق دی اتیل استیل بسترول (۳) معالجه شده بودند گزارش نموده ، ومقدار داروی تزریقی راهم سه هفته روزی سه میلی گرم وسه هفته روزی یك میلی گرم معین کرده است . درژانویه ۱۹۴۸ نیز ابسرواسیون بیمار دیگری رامنتشر کرده که تنها باتزریق ۲۵ میلی گرم ازدی ئیدرو- فولیکولین (۴) و یك رزکسیون پرستات در روز بعد از تزریق بهبودی کامل پیدا کرده است .

یك نکته قابل توجه - دردوران معالجه سرطان پرستات بااستروژن ها مثل استیل بسترول ، هگزسترول (۵) ، ودی انسترول (۶) علاوه بر کوچك شدن حجم پرستات بیضه های ۶۰ درصد از بیماران نیز صغر پیدا کرده ، پستانهایشان بزرگ شده ، وموهایشان هم شکل موهای زنان رابخود میگیرند.

درمان بوسیله درآوردن بیضه ها (۷) - ازمهمترین ابسرواسیون هائیکه تاکنون در این زمینه گزارش داده شده یکی گزارش ۲۱ ابسرواسیون هاجنس (۸) بمجمع پزشگان امریکا (۱۹۴۶) ، و دیگری گزارش دوابسرواسیون سیکار (۹) است بمجمع اورلژی فرانسه (۱۹۴۶) که بین اولی ها عده‌ای بسرطان ساده پرستات وعده‌ای دیگر بسرطان انتشاری مبتلا بوده؛ ودومی‌ها هم علاوه برسرطان پرستات ازسرطان ستون فقرات شاکی وعموماً هم پس از برداشتن بیضه‌ها معالجهٔ کامل شده بودند .

درمان بوسیله تزریق هورمون ودرآوردن بیضه ها (۱۰) - در ۱۹۴۵ واندن برندن (۱۱) درشماره دوم ژورنال دورولوژی بلژیك از نتیجه تأثیر هورمون‌های

1- Trait. hormonale 2- Louis Michon
3- Diethyl-stilboestrol 4- Dihydrofolliculine
5- Héxoestrol 6- Dienestrol 7- Castration
8- Ch. Huggins 9- A. Sicard 1o- Trait. mixte
11- Vanden Branden

زنانه مثل دی اتیل استیل بسترول در معالجه سرطان پرستات تمجید نموده وضمن گزارش ابسرواسیون هائیکه در این باره جمع آوری نموده است متذکر میشود که اگر این درمان پزشکی بابرداشتن بیضه‌ها، ویادر آوردن لوله‌های مولد منی (۱) پس ازشکافتن غشاء آلبوژینه ، و یك رزکسیون پرستات توام باشد نتیجه فوق‌العاده درخشانی خواهد داشت .

1- Tubes séminifères

چهارم ـ سل غده وزی (۱)

سل غده وزی که تقریبا مخصوص دوران جوانی و بلوغ است ممکن است اولیه ویا ثانوی باشد .

سل اولیه غده وزی خیلی نادر ویکی ازعوارض پرستاتیت‌های مزمن بشمار میرود، اماسل ثانوی آن نسبتاً فراوان و نتیجه سل بیضه و بربخ و یا سل گرده و مثانه میباشد.

در شکل ابتدائی میکرب سل از راه خون بغده وزی میرسد ، اما در شکل ثانوی یعنی در سل دستگاه تناسلی و ادراری راه ورودش بنحو دیگری خواهد بود . دراین حالت پس از آنکه ترشحات سلی ازراه مجاری برنده (۲) ویامیزنای ومثانه به بخش پرستاتیك پیشابراه رسیدند عوامل میکربی موجوده در آنها یا از راه مجاری ترشحی پرستات خود را بغده میرسانند ، و یا پس از ورود در مجاری انزالی (۳) و مبتلا ساختن آنها کم کم بمحیط مجراسرایت کرده وغده نامبرده را نیز مبتلا میسازند .

آسیب‌شناسی- گذشته ازضایعات سلی‌وجالب توجه گرده ومثانه ، ویا بیضه و بربخ که قطعاً همراه باسل پرستات میباشند مهمترین ضایعات کالبد شناسی خود غده وزی دراین مورد بقرار زیرند .

۱) ـ دانه های سلی (٤) فراوانی که در نسج غده‌ای پرستات و بخصوص در جدار آسینی‌ها ونسوج ملتحمه اطرافشان منتشر و حاوی سلول های گرد و باسیل دوکخ بانضمام سلول های پوششی غده‌ای میباشند .

۲)ـ دانه های کوچك نامبرده کم وبیش بایکدیگر مربوط شده وتشکیل هسته‌هائی رامیدهند که حجم متوسطشان تاباندازه یك‌فندق‌میرسد. وجود هسته‌های

1- T.B.C. dela prostate 2- Canaux déférants 3- Canaux éjaculateurs 4- Granulations tuberculeuses

مزبور در آزمایش پرستات قابل تشخیص وسیر و پیشرفتشان هم یا رو بخاموشی (دراثر معالجه و بعلت پیدایش نسوج لیفی درآنها ، یا تبدیل شدنشان بکیست های کوچك ومحصور) ویا روبه‌چرکین شدن میباشد .

۳)- درصورت پیشرفت هسته های سلی یعنی دردرجه سوم بیماری دمل‌های متعددی‌درپرستات تشکیل شده‌و گاهی‌هم از ارتباطشان بیکدیگردمل‌سلی بزرگی بوجود میاید . دمل های مزبور هم بوسیله سوراخهای متعددی بمجرای پرستاتیك منفجرشده، وپس ازارتباطشان بیکدیگرحفره‌نسبتاً بزرگی‌راتشکیل‌میدهند که‌در زیر مثانه واقع ومحتوی چرك سلی میباشد .

٤) - بالاخره در دوره چهارم بیماری عفونت موجـوده در پرستات بنسوج سلولی اطراف آن سرایت کرده وفلگمونی راتشکیل میدهدکـه دیر یازود بیکی ازنواحی مقعدی ، عجانی ، فضای رتزیوس (۱) ویاجدار قدامی شکم منتشرشده ، وپس ازسرباز کردن درآن مواضع فیستول های متعددی را بوجود خواهد آورد.

نشانی‌ها - نشانی های سل ثانوی پرستات - گذشته از حالاتیکه سل ثانوی پرستات تنهـا بهنگام توشه رکتال وآنهم برای معاینه‌بیماراز نظر ابتلاء بسل‌بیضه‌و اپیدیدیم تشخیص داده میشود ، درسایـر موارد هـم نشان های حاصله از آن با نشانیهـای مربوط بسل موجوده درگرده ومثانه قابل اشتباه میباشند . بااین وصف بنظر میرسد که برای اطلاع ازعلائم سل ثانوی پرستات وامکان تجزیه و تفکیك آنها از نشانی های سلی سایر اعضاءکافی باشد که شکل اولیه آنرا مورد مطالعه و بررسی قرار داد .

نشانی های سل اولیه پرستات - نشانیهای سل اولیه پرستات نظیر علائم‌سل ثانوی بوده ، وبرحسب آنکه ضایعات سلی درمحیط آن باشند ویا نزدیك بمجرای پیشاب قیافه های مختلفی بخود میگیرند .

۱)- درشکل نزدیك بمجرا(۲)- دراین‌شکل‌ازسل‌پرستات‌نشانی‌هائی که‌جلب

1- Space de Retzius 2- Forme périurètrale

توجه میکنند اختلالات مجرای مثانی (۱) میباشند .

درمقدمه کسالت تکرر ادرار همراه با بی اختیاری کاذب (۲)، درد آخر ادرار، و خروج ترشحاتی سفید یا چرکین از مجرا که گاهی هم خون آلودند مورد شکایت بیمار میباشند (این خونریزی مختصر ابتدائی در دوره های آخر بیماری تبدیل بههماتوری های قابل توجهی خواهد شد) .

هنگام برقراری بیماری و بزرك شدن هسته های سلی علائم شاش بند ناقص ظاهر ، و پس از تشکیل دمل و مسدود شدن مجرای خلفی هم احتباس کامل مزاحم بیمار میگردد. همچنین پس از سرباز کردن دمل بداخل مجرا ترشحات چرکین فوق العاده شده، و علاوه بر آنکه پیشاپیش ادرار مقداری چرك از مجرا خارج میشود در خاتمه آن نیز مقدار دیگری دفع خواهد شد (گیلاس اول و سوم پیشاب چرکین است) .

بالاخره در مرحله های آخر بیماری یعنی هنگامیکه رابطه کاملی بین مجرا وحفره دمل برقرار میگردد ، هنگام ادرار کردن مقداری از پیشاب درحفره مزبور ذخیره شده و پس از تخلیه مثانه و خاتمه حس ادرار بملایمت ازمجرا دفع میگردد (۳)

علائم فیزیك - نتیجه حاصله از توشه رکتال در مراحل اولیه درك بزرگی متوسط غده وزی ، و پس از آن کشف هسته های متعددی است که از ماساژ آنها مایعی کدر و گاهی خون آلود بیرون میریزد . از این مرحله ببعد هم نشانی های یك دمل پرستات ، و پس از سرباز کردن آن بداخل مجرا مواضع نرمی جلب توجه میکنند که بافشار روی آنها ممکن است چرکی خالص و یاادراری مخلوط باچرك ازمجرا خارج گردد .

نتیجه حاصله ازمیل زدن مجرا دراوایل بیماری جز ایجاد درد چیز دیگری نخواهد بود ، اما پس ازتشکیل حفره دمل ممکن است نوك میل وارد آن شده و

1- Urètro-cystite   2- Fausse incontinence
3- Miction en deux temps

وجود حفره چرکینی رادر زیر مثانه ثابت نماید.

بالاخره نتیجه حاصله ازاورترسکوپی واورتروگرافی نیز در مراحل آخر قابل‌توجه‌بوده وبوسیله آنهاسوراخ دمل و وجودحفره‌ای‌منضم بمجرا تشخیص‌داده خواهد شد.

۲)- درشکل‌محیطی (۱)- نشانیهای این شکل‌ازسل پرستات خیلی دیرتر از شکل قبلی ظاهرشده ومهمترینشان عبارتند ازحس سنگینی ویا درد ناحیه عجان و نشیمن، درد هنگام اجابت مزاج، وبالاخره احساس جسم خارجی در مقعد و میل دائمی باجابت.

علائم فیزیك- درتوشه رکتال یا تنها هسته های منتشری در سطح پرستات حس میشوند که قوامشان نسبتاً سخت است، یادرمجاورت هسته های سخت مناطق نرم و فرو رونده‌ای‌هم محسوس است که موضع دمل‌های سرباز کرده بمجرا بوده وشباهت‌کامل بدایره‌ای دارند که پوست روی آن خوب کشیده نشده باشد، و یا بالاخره بزرگی یك نواخت حجم غده محسوس وقوام آنهم بنحوی است که فشار انگشت برروی مقداری پیه منتقل میسازد.

گذشته از اینها در مراحل آخری کسالت یعنی هنگامیکه عفونت به نسوج سلولی اطراف نیز سرایت کرده باشد ممکن است فیستول های متعددی درنواحی مقعد و یا عجان مشاهده نمود که نماینده بروز دمل هائی درآن مواضع و سرباز کردنشان میباشند.

سیر وعاقبت- پیشرفت سل غده وزی بطی ومزمن، ونتیجه غائی آن در موارد مختلف متفاوت خواهد بود.

عارضه سلی پرستات گاهی برای همیشه بی‌سروصدا باقی میماند، گاهی پس ازدرمان‌کانون‌اولیه‌بهبودی یافته‌وتقریباً‌بحال‌طبیعی برمیگردد، گاهی‌دراثرپیدایش نسوج‌لیفی‌درمواضع حفره‌های‌چرکین‌بکانونی‌خاموش‌وخالی‌ازفعالیت‌تبدیل‌میشود، وگاهی هم دراثر نفوذ عفونت‌سلی باطراف‌وپیدایش‌دمل‌های ثانوی‌مولدفیستول‌های

1- Forme péripherique

متعدد و یا بروز عفونت شدیدی میگردد که همان ارتشاح ادراری بوده و حیات بیمار را بخطر میاندازد.

بااین وصف بخوبی معلوم میشود که عاقبت سل پرستات کامل بعاقبت کانون اولیه عفونت ، طرز پیشرفت وانتشار آن ، وواکنش بدن درمقابل عفونت سلی دارد ؛ یعنی بخطر افتادن زندگی بیمار ویاعلیل ورنجور شدنش همگی فرع عفونت سلی بوده و ربطی بسل پرستات ندارد چنانچه مکرر دیده شده است که بیماران مبتلا بسل پرستات بافیستول های متعدد چند ساله بزندگی معمولی خود سرگرم بوده، و دچار هیچگونه عارضه خطرناك وحالت عمومی خرابی نگردیده اند .

تشخیصـ تشخیص سل ثانوی پرستات یعنی شکلی که همراه با ضایعات سلی بیضه واپیدیدیم ویاکلیه و مثانه باشد آسان است ، درصورتی هم که ضایعات موجوده در بیضه واپیدیدیم باورم بیضه های معمولی اشتباه گردند پیدا کردن هسته های پرستاتیك سلی بودن عارضه را محرز مینماید .

اما درسل اولیه پرستات تشخیص قطعی کمی مشکل بوده ، و ممکن است با پرستاتیت های مزمن و سرطان پرستات اشتباه گردد .

در پرستاتیت های مزمن هسته های موجوده خیلی کوچکتر از هسته های سلی میباشند ، بعلاوه اطلاع از وجود اورتریت مزمن بیمار و آزمایش ترشحات حاصله ازمالش دادن پرستات نیز تشخیص را واضح میسازند .

درسرطان پرستات هسته های نامبرده فوق العاده سخت اند ، و گذشته ازاین سیر سریع بیماری و مسن بودن بیمار نیز عوامل دیگری برای تشخیص سرطان میباشند .

درهرحال اعم ازاینکه سل پرستات اولیه ویاثانوی باشد پس ازایجاد دملهای ثانوی وفیستول های حاصله ازآنها ممکن است بادمل های ادراری معمولی و یا فیستول های مختلف عجانی اشتباه گردند (دراین صورت باید گفت که یك آزمایش کامل بیمار بهترین وسیله برای تشخیص افتراقی خواهد بود).

درمان ـ برای معالجه سل پرستات حتی الامکان باید ازعمل جراحی موضعی خود داری کرده وازدرمان های پزشکی وعمومی حد اکثر استفاده را کرد ، زیرا

گذشته‌ازسل‌های‌ثانوی پرستات که پس از برداشتن گرده مسلول و بخصوص بیضه واپیدیدیم بهبودی یافته و بحال‌طبیعی برمیگردند درسایر موارد درمان های‌پزشکی بیشتر مؤثر واقع شده ومانع از پشیمانی های بعد ازعمل میباشند .

با این وصف نکات اصلی معالجه سل پرستات را در این دو جمله می توان خلاصه نمود .

۱) ـ نه‌تنهاوجود سل پرستات‌مانع از برداشتن کلیه مسلول و یا بیضه‌واپیدیدیم مبتلا نمیباشد، بلکه‌حذف کانون‌های سلی مزبور کمك مؤثری در بهبود سل‌پرستات خواهد بود .

۲) ـ در تمام مراحل مختلفه سل پرستات باید بدرمانهای پزشکی مبادرت نموده و تنها هنگامی به عمل جراحی متوسل شد که وجود ناسور های متعدد ، جریان چرك فراوان ، رکود چـرك درکانون های مختلف ، و خلاصه بدی حالت عمومی بیمار ووخامت آن دراثر ضایعات سلی موضعی محرز ومسلم باشد .

دراینصورت ناحیه عجان را باز کرده ،کانون های چرکی موجودرامنهدم نموده ، وباسوزاندن‌نسوج فاسد وکانون های عفونت‌زخم راتمیز کرده وآنرابرای پانسمان باز میگذارند. درمواردی هم که‌کانون سلی پرستات اولیه بوده وبمثانه‌هم سرایت کـرده باشد بهترین راه درمان بازکردن مثانه و ضد عفونی نمودن کانون عفونت ازدرون این عضو خواهد بود .

پنجم ـ سنگهای غده وزی (۱)

سنگهای پرستات یاآنهائی هستند که ازمثانه آمده و پس از ثبوت درمجرای پرستاتیك در ضخامت غده فرو میروند (۲) ، و یا آنهائی هستند که در خود غده بوجودآمده وهمانجا هم برحجمشان افزوده میگردد (۳) .

آسیب‌شناسی ـ حجم سنگهای پرستات گاهی فوق‌العاده کوچك و غیر قابل اهمیت ، گاهی متوسط و باندازه یك تخم کبوتر ، و گاهی‌هم بزرگ و باندازه‌یك تخم‌مرغ است .

سنگهائیکه خود بخود و یا پس از شکستن سنگی از مثانه میآیند جنسشان معلوم ، و آنها که در خود غده تشکیل میشوند یا شنهای موجوده در حجره‌های غددی هستند که برحجمشان افزوده شده است ، ویا سنگهای‌فسفاتیکی هستند که پس ازدخول پیشاب در حفره‌های چرکین پرستات از رسوب مواد جامد آن بوجود میآیند .

نشانی ها ـ شنها وسنگ ریزه‌های‌موجوده درپرستات که نزد اغلب‌مبتلایان بآدنم دیده میشوند نشانیهای مخصوصی ندارند ، اما سنگهای متوسط و بزرگ این غده باعلائم وآثاری متفاوت ممکن است جلب توجه نمایند.

بیماران مبتلا بسنگ پرستات یا متناوباً سنگ ریزه‌هائی دفع میکنند که مبداء پیدایششان بخوبی معلوم‌نیست ، یا با علائم‌یك‌آماس‌غده وزی مجبور بمراجعه میشوند، ویا بالاخره اختلالات ادراری شدیدی پیدا میکنند که ممکن است منجر باحتباس ادراری گردد .

تشخیص ـ سنگ های غده وزی ممکن است بوسیله توشه ر کتال ، میل

---

1 — Calcules de la prostatate 2 — Calcules exogènes
3 — Calcules endegèmes

زدن مجرای پیشاب و اورترسکوپی تشخیص داده شوند ؛ اما آنچه که بطور تحقیق وجود آنها را ثابت مینماید رادیوگرافی است کـه سایه سنگها را درست در پشت سمفیز عانه (محل اتصال دواستخوان پوبیس بیکدیگر) ، ویا بلافاصله دربالای آن نشان خواهد داد .

درمـان - درمان سنگهای مزاحم غده وزی عمل جراحی ، و راه عمل هم بر حسب عوارض همراه با سنگ فرق میکند .

سنگهای ساده پرستات را عموماً از راه مجرای عجان برمیدارند ، اما اگر سنگهای مزبور همراه با آماس غده وزی ویا آدنم باشند از راه مثانه بهمراه با غده معوف برداشته خواهند شد .

ششم ـ کیسه‌های غده وزی (۱)

کیست‌های موجوده در غده وزی یا کیسه‌های مادر زادی هستند که از بسته شدن دهانه‌او تریکول پرستاتیك(۲) و یا از بقایای مجاری ولف (۳)ومولر(٤) حاصل میشوند ، یا کیسه‌های غده‌ای هستند (٥) که از بسته شدن مجاری ترشحی لوبول‌های غده وزی ایجاد میگردند ، و یا بالاخره کیست‌های ئیداتیك هستند که ساختمانشان نظیر کیست‌های ئیداتیك اعضای دیگر خواهد بود .

گذشته از کیست‌های کوچك غده‌ای که هیچگونه علائم مخصوصی ندارند، کیسه‌های مادرزادی و بخصوص آنها که از بسته شدن اوتریکول پرستاتیك بوجود میآیند مجرای خلفی پیشاب را مسدود نموده و موجب بروز شاش‌بند میگردند (نزد اطفال بفکر آن باید بود) . کیسه‌های نسبتاً بزرگ دیگرهم نشانیهای یك عارضه پرستاتیك را ایجاد کرده و چنانچه خیلی هم بزرگ باشند باعضای مجاور پرستات فشار آورده و نشانیهای مربوط بآنرا ظاهر میسازند .

بالاخره راه درمانی که برای این بیماری منظور شده است در کیسه‌های مادرزادی خیلی آسان وعبارتست از میل‌زدن مجرا و مالش غده‌وزی‌در روی آن، در کیسه‌های بزرگ و کیست ئیداتیك باز کردن ناحیه عجان ودر آوردن کیست ، و در کیسه‌های همراه با آدنوم درآوردن کیسه وغده در آن واحد .

---

1 – Kystes de la prostate 2 – Utricule prostatique
3 - Canaux de Wolff 4 – Can. de Mullaire
5 - Glandulaire .

هفتم - بیماریهای دیگر غده وزی

بیماریهای دیگر غده وزی عبارتند از ضربه‌های وارده باین عضو ، سیفلیس اکتسابی وضعف عضلانی آن .

ضربه‌های وارده بغده وزی (۱) قبل از آنکه مولد ضغطه یا زخم این عضو باشند مسبب بروز مجرای کاذب، انقطاع پیشابراه و یا ضایعاتی در اعضاء مجاور آن میگردند که علائم و آثاری واضحتر دارند .

سیفلیس غده وزی هم از بیماریهای نادریست که با علائم یك پرستاتیت مزمن ظاهرشده و تنها باتوجه بوجود آن و درمان تجربیش تشخیص داده میشود.

ضعف عضلانی غده وزی(۲)

علت پیدایش آتونی پرستاتیك که درسنین متوسط وجوانی ونزد مبتلایان به نوراستنی دیده میشود ضعف عصبی عضلات غدد مشکله پرستات و جدار آسینی ها است که مسبب بدی تخلیه‌واتساع آنان میگردد.

نشانی ها ـ علاوه برعلائم نوراستنی وفکروخیالات مبتلایان باین بیماری از حس سنگینی یادرد ناحیه عجان ومقعد (گاهی هم ازدرد ناحیه ساکر وایلیاك) شاکی‌بوده واظهارمیدارند که قطروپرش ادرارشان طبیعی‌نیست (مثل بیماران‌مبتلا بضیق مجرا یاآدنوم) و هنگام اجابت مزاج هم مقداری ترشح منی از مجرایشان بخارج میریزد .

در معاینه این بیماران‌هم تنها دیده میشود که لوب‌های پروستات بزرگتراز اندازه طبیعی و نرمند وبا مالش‌مختصری هم مقدار زیادی مایع پروستاتیك‌بخارج میریزند . گذشته از این حدود پرستات مشخص‌وسطحش هموار است وهیچگونه ضایعه دیگری‌هم درمجرای پیشاب‌ومثانه دیده‌نمیشوند جزآنکه خاصیت‌انقباضی(۳) این آخری کمی کم خواهد بود .

---

1 — Traumatismes de la prostate 2 — Atonie de la prostate 2 — Contractilité

تشخیص- بیماریهای قابل‌اشتباه با آتونی پرستاتیك عبارتند از پروستاتیت‌های مزمن و آدنوم پری‌اورترال .

در پروستاتیت‌های مزمن علائم یك اورتریت خلفی موجود و توشه‌ر کتال هم وجود هسته هائی را روی پروستات ثابت می‌نماید که در آتونی پروستاتیك دیده نخواهد شد .

در آدنوم پری اورترال علاوه بر آنکه سن زیاد بیمار وسابقه دیزوری کمك بتشخیص میکنند انجام یك توشه ر کتال نیز محقق خواهد کرد که بزرگی لوبهای پروستات بعلت هیپرپلازی است نه‌تجمع مایع پرستاتیك در آسینی‌ها (قوام‌پروستات در آدنوم نسبتاً سخت است) .

سیر وعاقبت - اگر آتونی پروستاتیك‌را با پروستاتیت مزمن اشتباه نکنند قابل درمان خواهد بود اما در غیراینصورت مرتباً بر ناراحتی‌های فکری وجسمی بیمار افزوده شده و اورا بسمت یك نوراستنی خطرناك خواهد بود .

درمان - نکات مهم درمانی آتونی‌پروستاتیك عبارتند از :

۱ - جلب‌اعتماد بیمار ومطمئن کردنش به اینکه مبتلا به‌پروستاتیت نمیباشد.

۲ - تقویت حالت روحی و عمومی بیمار با تلقین و تجویز داروهائی مثل فسفر ، آرسنیك ، آهن وغیره .

۳ - تجویز دارو های مسکن از راه دهان و مقعد در صورت احتیاج و حتی‌المقدور خودداری ازماساژ پروستات‌برای منحرف کردن فکر بیمارازدستگاه تناسلی .

بخش چهارم

کارهای عملی روی غده وزی (1)

از آنجا که اغلب اعمال روی پرستات جنبه جراحی تخصصی داشته و ذکر آن‌ها بطور تفصیل در این مختصر جایز نمیباشد ما هم در هر یك از بیماریهای این عضو روش درمان و عمل جراحی لازم را مختصراً یادآور شده و روش **بازکردن دمل‌های پرستات** و **ماساژ آنرا** نیز که ممکن است مورد احتیاج پزشکان غیر متخصص نیز واقع شوند در صفحات **۲۸۸**(روش باز کردن دمل پرستات از راه مقعد) و **۲۹۶**(روش مالش پرستات) بقدر لازم تذکر داده‌ایم .

پایان جلد اول

1 – Opérations sur la prostate .

انتشارات دانشگاه تهران

۱ - وراثت (۱)	تألیف دکتر عزت‌الله خبیری
۲ - A Strain Theory of Matter	» » محمود حسابی
۳ - آراء فلاسفه در بارهٔ عادت	ترجمهٔ » برزو سپهری
٤ - کالبدشناسی هنری	تألیف » نعمت الله کیهانی
٥ - تاریخ بیهقی (۲)	تصحیح سعید نفیسی
٦ - بیماریهای دندان	تألیف دکتر محمود سیاسی
۷ - بهداشت و بازرسی خوراکیها	» » سرهنگ شمس
۸ - حماسه سرائی در ایران	» » ذبیح‌الله صفا
۹ - مزدیسنا و تأثیر آن درادبیات پارسی	» » محمد معین
۱۰- نقشه برداری (۲)	» مهندس حسن شمسی
۱۱- گیاه شناسی	» دکتر حسین گل گلاب
۱۲- اساس‌الاقتباس خواجه نصیرطوسی	تصحیح مدرس رضوی
۱۳- تاریخ دیپلوماسی عمومی (۱)	تألیف دکتر حسن ستودهٔ تهرانی
١٤- روش تجزیه	» » علی‌اکبر پریمن
۱٥- تاریخ افضل بدایع الازمان فی وقایع کرمان	فراهم‌آوردهٔ دکتر مهدی بیانی
۱٦- حقوق اساسی	تألیف دکتر قاسم زاده
۱۷- فقه و تجارت	» زین‌العابدین ذوالمجدین
۱۸- راهنمای دانشگاه	—
۱۹- مقررات دانشگاه	—
۲۰- درختان جنگلی ایران	» مهندس حبیب‌الله ثابتی
۲۱- راهنمای دانشگاه بانگلیسی	—
۲۲- راهنمای دانشگاه بفرانسه	—
۲۳- Les Espacs Normaux	تألیف دکتر هشترودی
۲٤- موسیقی دورهٔ ساسانی	» مهدی برکشلی
۲٥- حماسه ملی ایران	ترجمهٔ بزرگ علوی
۲٦- زیست شناسی (۲) بحث درنظریهٔ لامارک	تألیف دکتر عزت‌الله خبیری

۲۷ـ هندسه تحلیلی	تألیف دکتر علینقی وحدتی
۲۸ـ اصول گداز واستخراج فلزات (۱)	» » یگانه حایری
۲۹ـ اصول گداز واستخراج فلزات(۲)	» » »
۳۰ـ اصول گداز واستخراج فلزات (۳)	» یگانه حائری
۳۱ـ ریاضیات در شیمی	» دکتر هورفر
۳۲ـ جنگل شناسی (۱)	» مهندس کریم ساعی
۳۳ـ اصول آموزش و پرورش	» دکتر محمد باقر هوشیار
۳۴ـ فزیولژی گیاهی (۱)	» دکتر اسمعیل زاهدی
۳۵ـ جبر و آنالیز	» » محمدعلی مجتهدی
۳۶ـ گزارش سفر هند	» » غلامحسین صدیقی
۳۷ـ تحقیق انتقادی در عروض فارسی	» » پرویز ناتل خانلری
۳۸ـ تاریخ صنایع ایران (ظروف سفالین)	» » مهدی بهرامی
۳۹ـ واژه نامه طبری	» » صادق کیا
۴۰ـ تاریخ صنایع اروپا درقرون وسطی	» عیسی بهنام
۴۱ـ تاریخ اسلام	» دکتر فیاض
۴۲ـ جانورشناسی عمومی	» » فاطمی
۴۳ـ Les Connexions Normales	» » هشترودی
۴۴ـ کالبد شناسی توصیفی (۱) استخوان‌شناسی	» استادان کالبدشناسی دانشکدهٔ پزشکی
۴۵ـ روان‌شناسی کودک	» دکتر مهدی جلالی
۴۶ـ اصول شیمی پزشکی	» » آ . وارتانی
۴۷ـ ترجمه و شرح تبصرهٔ علامه (۱)	» زین‌العابدین ذوالمجدین
۴۸ـ اکوستیک « صوت» (۱) ارتعاشات ـ سرعت	» دکتر ضیاء الدین اسمعیل بیگی
۴۹ـ انگل شناسی	» ناصر انصاری
۵۰ـ نظریه توابع متغیر مختلط	» دکتر افضلی‌پور
۵۱ـ هندسه ترسیمی و هندسه رقومی	» احمد بیرشک
۵۲ـ درس اللغة و الادب	» دکتر محمدی
۵۳ـ جانور شناسی سیستماتیک	» » آزرم
۵۴ـ پزشکی عملی	» » نجم‌آبادی
۵۵ـ روش تهیه مواد آلی	» » صفوی گلپایگانی
۵۶ـ مامائی	» » آهی
۵۷ـ فیزیولژی گیاهی (۲)	تألیف دکتر زاهدی
۵۸ـ فلسفه آموزش و پرورش	» » فتح‌الله امیرهوشمند
۵۹ـ شیمی تجزیه	» علی‌اکبر پریمن

٦٠- شیمی عمومی	تالیف مهندس سعیدی
٦١- امیل	ترجمهٔ غلامحسین زیرک‌زاده
٦٢- اصول علم اقتصاد	تألیف دکتر محمود کیهان
٦٣- مقاومت مصالح	» مهندس گوهریان
٦٤- کشت گیاه حشره کش پیرتر	» مهندس میردامادی
٦٥- آسیب شناسی	» دکتر آرمین
٦٦- مکانیک فیزیک	» « کمال جناب
٦٧- کالبدشناسی توصیفی (٢) مفصل شناسی	» استادان کالبدشناسی دانشکده پزشـ
٦٨- درمانشناسی (١)	» دکتر عطائی
٦٩- درمانشناسی (٢)	» » »
٧٠- گیاه شناسی تشریح عمومی نباتات	» مهندس حبیب‌الله ثابتی
٧١- شیمی آنالتیك	» دکتر گاگیك
٧٢- اقتصاد جلد اول	» » علی‌اصغر پورهمایون
٧٣- دیوان سیدحسن غزنوی	بتصحیح مدرس رضوی
٧٤- راهنمای دانشگاه	—
٧٥- اقتصاد اجتماعی	تألیف دکتر شیدفر
٧٦- تاریخ دیپلوماسی عمومی (٢)	» دکتر حسن ستوده تهرانی
٧٧- زیبا شناسی	» علینقی وزیری
٧٨- تئوری سینتیك گازها	» دکتر روشن
٧٩- کارآموزی داروسازی	» » جنیدی
٨٠- قوانین دامپزشکی	» » میمندی‌نژاد
٨١- جنگل‌شناسی (٢)	» مهندس ساعی
٨٢- استقلال آمریکا	» دکتر مجیر شیبانی
٨٣- کنجکاویهای علمی و ادبی	—
٨٤- ادوار فقه	» آقای محمود شهابی
٨٥- هودوگراف	» دکتر غفاری
٨٦- آئین دادرسی در اسلام	» محمد سنگلجی
٨٧- ادبیات فرانسه	» دکتر سپهبدی
٨٨- دو ماه در پاریس	» دکتر علی‌اکبر سیاسی
٨٩- حقوق تطبیقی	» » حسن افشار
٩٠- میکروب‌شناسی (١)	تألیف آقایان دکتر سهراب - دکتر میردامادی